213

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 mai 1908, à 1 heure.

Par **Francis COULON**

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

DU

TRAITEMENT DES ANGIOMES DE LA FACE

ET EN PARTICULIER

DE LEUR EXTIRPATION AU BISTOURI

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. DELENS, GOSSET et LECÈNE, *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUÉNU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABRE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES MAITRES

DE L'ECOLE DE BESANÇON

ET DE

LA FACULTÉ DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORESTIN

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

La connaissance des tumeurs érectiles de la face et les premiers efforts tentés pour leur guérison datent de loin. C'était à qui montrerait un nouveau moyen de traitement ; bien des méthodes ont surgi qui n'ont eu qu'un succès éphémère, d'autres tombées dans l'oubli ont été remises en honneur. Ceci nous prouve bien que pour une lésion affectant des formes si diverses, présentant des caractères de structure anatomique, des rapports avec les tissus et avec les organes voisins absolument différents, l'on avait eu tort de vouloir instituer une méthode unique, applicable à tous les cas. Cependant il était à supposer que parmi tous ces procédés, il en était un, qui sans être applicable à la totalité des cas pouvait du moins être employé dans la majorité d'entre eux.

C'est en partant de cette idée et en nous appuyant sur une série de cas observés par M. le professeur agrégé Morestin, que nous avons été conduit à considérer l'ex-

tirpation au bistouri des angiomes de la face, comme le procédé le meilleur, applicable à la majorité des cas, et que nous avons choisi l'étude de ce procédé comme sujet de notre thèse.

Dans une première partie nous étudierons l'anatomie pathologique, la pathogénie et la topographie, nous terminerons cette première partie en étudiant leur évolution et leurs complications.

Nous étudierons dans une seconde partie les différentes méthodes de traitement, insistant sur les principales, et consacrant un paragraphe spécial à l'étude de l'extirpation au bistouri.

Nous rapportons à la fin de notre thèse un certain nombre d'observations dues à l'obligeance du Dr Morestin et d'autres observations empruntées à la littérature médicale.

Mais avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous nous faisons un devoir d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé durant le cours de nos études médicales.

Après nous avoir témoigné une constante bienveillance pendant notre séjour à l'École de médecine de Besançon, M. le Dr Heitz a bien voulu nous attacher à sa clinique chirurgicale, qu'il nous permette de l'assurer de notre profonde gratitude.

Que M. le Dr Prieur, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon, et tous nos maîtres en cette école, veuillent bien agréer l'hommage de notre vive reconnaissance.

Pendant notre séjour à la Faculté de médecine de

Paris, nous avons eu l'honneur d'être l'élève de M. le professeur Budin. C'est un devoir pour nous d'adresser ici un hommage ému à sa mémoire.

Nous garderons un souvenir respectueux et reconnaissant à M. le professeur Guyon, dont nous avons recueilli les dernières leçons durant notre stage de spécialité.

M. le professeur agrégé Morestin a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse et nous guider de ses conseils. Qu'il nous permette de lui exprimer notre reconnaissance pour la grande bienveillance dont il a fait preuve à notre égard.

Enfin nous prions M. le professeur Segond d'agréer l'hommage de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

I

Anatomie pathologique

Avant d'entreprendre l'étude des différentes méthodes de traitement des angiomes de la face, nous croyons utile de rappeler en quelques mots l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

L'angiome ou tumeur érectile est toute production accidentelle due à la néoformation et à la dilatation des capillaires.

Cette définition exclut du coup toutes les tumeurs produites par l'ectasie de vaisseaux préformés, normaux (anévrismes, varices artérielles et veineuses).

On distingue :

a). — *Les angiomes simples ;*

b). — *Les angiomes caverneux.*

a). — Les angiomes simples encore appelés nœvi, nœvi materni, taches érectiles, taches vineuses sont

constitués par une agglomération de vaisseaux néoformés dont la structure est absolument celle des capillaires normaux ; ces vaisseaux sont dilatés, flexueux, moniliformes, spiralés, pelotonnés comme ceux du glomérule rénal ou des papilles. Comme charpente, nous trouvons, au microscope, des tratécules de tissu conjonctif fibrillaire et adipeux avec des noyaux très clairsemés.

Ces angiomes sont tantôt de simples taches non saillantes, tantôt ils forment de petites tumeurs arrondies ou irrégulières, tantôt leur saillie est peu accentuée, mais leur surface est très grande.

La coloration des angiomes simples est rose, rouge, brunâtre ; elle se fonce sous l'influence des causes amenant l'afflux du sang dans la tumeur et varie du rouge au violet foncé et au noir.

b). — Les angiomes caverneux sont des tumeurs de structure analogue à celle des corps caverneux, à mailles assez fortes, fibreuses, blanchâtres et contenant dans leurs alvéoles du sang liquide ou parfois du sang coagulé.

Certains angiomes caverneux possèdent au plus haut point l'érectilité, c'est-à-dire la propriété de devenir turgescents. Pendant l'érection ces tumeurs se gonflent et deviennent violacées. Toutes les causes qui ralentissent la circulation de retour, les cris, les efforts, la déclivité, favorisent cette turgescence.

Les « cavernomes » sont parfois circonscrits, pourvus d'une membrane d'enkystement, mais la plupart

du temps il n'existe pas de limites tranchées entre eux et les tissus voisins ; ils sont diffus.

Cette diffusion, comme nous le verrons plus loin, varie suivant le siège, elle existe surtout dans les angiomes des paupières et de la région parotidienne.

Il est à noter que l'angiome caverneux n'est qu'un stade plus avancé de l'angiome simple. La preuve n'en est plus à faire : la concomitance des lésions, sur la même pièce, les formes de transition qui établissent entre ces deux extrêmes un passage insensible, l'évolution clinique le démontrent surabondamment.

II

Fréquence, pathogénie et topographie des angiomes de la face.

Les angiomes, qu'ils soient simples ou caverneux, affectent une prédilection marquée pour la face.

Voici plusieurs statistiques :

Heine. . .	60 angiomes dont	51 à la tête
O. Weber .	26	—	21 —
Porta . . .	151	—	107 —
Parker . .	320	—	191 —
Bœkel. . .	29	—	22 —
Lebert . .	38	—	23 —

L'analyse de la statistique de Parker nous donne :

Face.	95 fois
Cuir chevelu	94 —

Tronc . . . . . 96 fois
Membres . . . . . 42 —
Organes génitaux . . . . 12 —

Remarquant la fréquence de l'angiome dans toutes les régions où s'effectue la réunion des arcs branchiaux (nez, lèvres, oreilles, etc.), Virchow a été conduit à admettre que les angiomes de la face étaient des tumeurs congénitales. Elles reconnaissaient, d'après lui, comme origine la persistance de la vascularisation exagérée, qui accompagne normalement le développement des arcs et disparaît après la réunion des fentes branchiales, c'est-à-dire après la sixième semaine de l'embryon.

De là, le nom d'angiomes fissuraux donné par Virchow à ces tumeurs sanguines situées sur le trajet des fentes.

Certains auteurs, entre autres Bœkel, défendent l'origine traumatique des angiomes de la face et invoquent comme principal argument à leur théorie les violences auxquelles la tête est soumise pendant l'accouchement.

D'autre part, Porta et Dupuytren ont signalé des exemples incontestables où des angiomes sont apparus à la suite de traumatismes. Plus près de nous, Poulet a rapporté à la Société de chirurgie l'observation d'un cas d'angiome caverneux de la région temporale survenu à la suite d'un coup de pied de cheval.

Il ne nous appartient pas d'avoir une opinion personnelle, mais il nous semble que la théorie fissuraire paraît vraie pour un grand nombre de tumeurs érectiles de la face.

Nous allons maintenant étudier la topographie de

ces tumeurs, mais auparavant il est à noter que ces angiomes sont souvent profonds et s'étendent jusqu'aux muqueuses sous-jacentes.

Angiomes naso-frontaux. — Ils ont deux lieux d'élection : un premier est la racine du nez ou du front ; un second est le bord cutanéo-muqueux des narines. Ils peuvent être enfin le résultat de l'extension d'un angiome du sillon naso-jugal ou des lèvres.

Le nez peut offrir ainsi des proportions vraiment éléphantiasiques, qu'il soit envahi primitivement ou secondairement. Les angiomes de la racine du nez ou du front ont des tendances érectiles très manifestes : ils donnent souvent lieu à des anévrismes cirsoïdes. Dans un cas cité par Bruns, un angiome caverneux de cette région s'était ainsi transformé à l'époque de la puberté : les ramifications artérielles de la frontale, de l'angulaire de l'œil et même de la temporale étaient devenues variqueuses ; à leur suite, les jugulaires, les carotides et le ventricule gauche s'étaient hypertrophiés et dilatés.

Il fallut recourir à la ligature de la carotide externe, puis de la carotide primitive. Cette dernière détermina l'affaissement de la tumeur, mais le malade mourut d'embolie.

Angiomes des paupières. — Ils existent rarement à l'état isolé, on les rencontre surtout dans les grands angiomes de la face. Ce sont des formes caverneuses à la fois cutanées et sous-cutanées.

A l'état isolé, ils siègent de préférence à la paupière supérieure et prennent naissance dans le grand angle de l'œil.

Leur volume atteint parfois des dimensions considérables. Un malade de Pauli présentait un angiome d'un tel volume qu'il était obligé de le porter dans un petit sac.

Angiomes des joues. — Aux joues, l'angiome est rarement limité à la peau. Les différentes couches sont ordinairement envahies jusqu'à la muqueuse.

Les altérations de cette région succèdent le plus souvent à celles des paupières, du nez, de l'oreille, des lèvres. Il en résulte que lorsque la joue est envahie, elle l'est presque tout entière, et on connaît bien ces grandes plaques rouges ou violacées, dites taches de vin si remarquables par leur étendue.

Cependant à son extrémité interne, se trouve un lieu d'élection pour les angiomes fissuraux : c'est le sillon naso-jugal. Ce sillon est en effet le point de jonction du bourgeon nasal externe avec le bourgeon maxillaire supérieur. Aussi voit-on très souvent les angiomes naître de la racine du nez ou de l'angle interne de l'œil, et descendre le long de ce sillon pour atteindre la lèvre supérieure.

Angiomes auriculaires. — Dans ce groupe il faut comprendre les angiomes de l'oreille externe et de son pourtour immédiat. Ceux qui naissent au-dessus d'elle, ou en avant d'elle, s'étendent quelquefois fort loin du côté de la tempe ou de la joue.

Ces angiomes auriculaires relèvent de la première fente branchiale et des bourgeons qui la bordent.

On peut leur rattacher les angiomes parotidiens.

Ceux-ci ont été étudiés pour la première fois par

M. Hartmann (*Revue de chirurgie*, 1888, p. 756) qui en a réuni neuf cas dont deux personnels.

Ces angiomes sont donc extrêmement rares. Ils se développent dans la loge de la parotide et peuvent, au point de vue pathogénique, être rattachés à l'occlusion de la première fente branchiale.

Leur évolution est la même que celle des angiomes en général ; mais leurs signes sont ici masqués par l'épaisseur ou la tension des couches fibro-adipeuses qui les recouvrent. Aussi la plupart des observations sont-elles groupées, comme le fait remarquer M. Hartmann, sous le nom d'hypertrophie de la parotide.

Angiomes des lèvres. — Ils comptent parmi les plus fréquents de la face, mais la lèvre supérieure est le plus souvent atteinte. On ne sera pas surpris de cette fréquence en songeant que l'orifice buccal est le point de convergence de presque tous les bourgeons concourant au développement de la face. Il résulte en effet de la soudure des bourgeons naseaux internes, maxillaires supérieurs et maxillaires inférieurs ; et c'est précisément la lèvre supérieure dont le développement embryonnaire est le plus compliqué, qui offre elle aussi toute cette série de malformations dites becs-de-lièvre, simples ou complexes.

Les angiomes nous apparaissent donc bien ici comme des malformations.

Les angiomes de la lèvre supérieure résultent souvent des progrès d'un angiome nasal, naso-jugal ou auriculaire. Ceux de la lèvre inférieure, plus rares, sont aussi plus souvent indépendants.

Outre leur fréquence, les angiomes labiaux ont comme signes particuliers d'être très envahissants, très érectiles et par suite très difformes.

Ils envahissent souvent la face muqueuse de la lèvre et même la gencive.

Dans cette région, la tumeur est parfois complexe. La malformation porte à la fois sur le système lymphatique et sur le système sanguin.

Nous rapportons dans l'observation I un de ces cas d'hémolymphangiome. La tumeur était ferme et non réductible. A la coupe on voyait entrelacés de nombreux capillaires et des vaisseaux lymphatiques.

III

Évolution et transformations des angiomes de la face.

Les tumeurs vasculaires de la face sont presque toujours congénitales, nous venons de le voir. Elles se présentent à la naissance, le plus souvent sous forme de petites taches qui ont à peine les dimensions d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil. Quelques-unes de ces tumeurs disparaissent spontanément sans laisser de traces, sans laisser de cicatrices. Il n'y a pas de rétraction des tissus, on ne sait pas exactement comment se fait la régression.

Il est d'autres tumeurs qui restent stationnaires. Mais il y en a par contre, dont la marche et le pronostic sont tout à fait différents.

Petites à la naissance de l'individu ces tumeurs gran-

dissent plus tard de façon à acquérir un tel développement qu'elles cachent une partie de la face.

Une observation du Dr Morestin nous montrera bien avec quelle effrayante rapidité ces tumeurs peuvent parfois se développer.

Le 18 mai 1907, on me présente une fillette âgée de 2 mois 1/2, qui m'est adressée par le Dr Sabouraud. L'enfant est née à terme, la mère porte une tache vasculaire sous la plante du pied. Elle a eu antérieurement un enfant porteur d'une tache vasculaire au cuir chevelu. L'enfant qu'on nous apporte ne présentait, paraît-il, absolument rien d'anormal à la naissance. Dix jours après, on constate une tache rouge sur le lobule du nez. Le lendemain une autre à la racine de l'organe et au niveau du grand angle de l'œil. Le surlendemain une troisième se montre à la lèvre inférieure. En quelques jours se développent des tumeurs rougeâtres, qui s'accroissent avec une rapidité extraordinaire.

Actuellement on constate des angiomes multiples dont l'accroissement se fait, pour ainsi dire, à vue d'œil. La lèvre inférieure est occupée dans sa totalité par un volumineux angiome développé surtout dans sa moitié droite.

Une autre tumeur érectile occupe le lobule du nez, la sous-cloison, le tiers moyen de la lèvre supérieure.

Une troisième occupe la racine du nez, le grand angle de l'œil droit et les deux paupières, considérablement augmentées de volume et appliquées l'une à l'autre.

En les écartant, on constate que le globe de l'œil est lui-même saillant, exorbité, soulevé et repoussé évidemment par un angiome profond, remplissant la cavité de l'orbite et pro-

bablement en continuité avec la tumeur superficielle du grand angle de l'œil et des paupières.

Un autre encore, gros comme un œuf de pigeon, occupe, remplit et déborde la région parotidienne droite.

L'examen complet de la petite malade montre encore d'autres petits angiomes sur la gencive, sur le pilier antérieur gauche du voile du palais, et enfin sur le dos du pied gauche.

L'état général est assez bon, l'enfant se nourrit bien, dort bien et ne diminue pas de poids.

Cependant, l'effrayante rapidité des lésions, leur multiplicité, le jeune âge du sujet rendent impossible tout traitement actif.

On comprend facilement que si la tumeur érectile se développe au niveau ou au voisinage des orifices buccaux, nasaux ou oculaires, elle puisse par son volume entraver le jeu normal des organes.

Le malade de l'observation III, atteint d'un volumineux angiome de la lèvre inférieure, avait des difficultés réelles pour s'alimenter, la bouche ne pouvait se fermer, la parole aussi était très défectueuse.

On peut voir se produire spontanément au niveau des angiomes des ulcérations. Ces ulcérations, surtout à craindre pour les tumeurs vasculaires des muqueuses, sont superficielles, à bords irréguliers, taillés en pentes douces, couverts de bourgeons fongueux et très vasculaires.

Parfois ces bourgeons saignent, et quand la tumeur est atteinte de dégénérescence cirsoïde l'hémorragie peut être très grave. Mais vu la ténuité des surfaces recouvrant parfois les angiomes on est étonné qu'elles

ne se produisent pas plus souvent. Cependant ces hémorragies peuvent entraîner un état d'anémie plus ou moins grave et nécessiter une intervention rapide surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant.

L'enfant de l'observation X eut à deux reprises des hémorragies graves, qui effrayèrent à bon droit les parents et leur firent demander avec insistance l'opération.

Les angiomes de la face peuvent subir des transformations dangereuses.

La plus commune, c'est la transformation d'un angiome simple ou angiome caverneux. La plupart des angiomes simples en arrivent là s'ils ne sont pas traités.

Nous ne ferons que mentionner la transformation cancéreuse, d'ailleurs extrêmement rare et nous étudierons maintenant la transformation des angiomes en anévrisme cirsoïde.

Cette complication expose le malade à des hémorragies formidables sans compter les troubles fonctionnels divers qui accompagnent son évolution.

On en est averti par la turgescence et l'érectilité de la tumeur ; elle devient pulsatile et donne lieu à un bruit de souffle continu, frémissant comme le thrill, au début net et renforcé à la systole, au fur et à mesure de ses progrès.

Les artères avoisinantes se dilatent et dessinent sous la peau leur réseau variqueux et sinueux.

Une autre complication, qui pour n'être pas préjudiciable à la santé du malade, ne leur rend pas moins la vie insupportable, vient de la difformité produite par la tumeur érectile.

Le malade de l'observation III « était extrêmement « malheureux de sa difformité. Il était en effet incontestablement hideux et répugnant. Toute sa vie il avait « été une sorte de paria, repoussé de partout, privé de « toute joie et de toute affection, ne pouvant même trouver à travailler, si ce n'est aux besognes les plus « malpropres.

« Joignez à cela que ce garçon privé de toute instruction, et n'étant toléré dans aucun milieu, est resté au « point de vue intellectuel dans un état lamentable. »

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES ANGIOMES DE LA FACE

Toute tache érectile quelque minime qu'elle soit, quelque stationnaire qu'elle paraisse peut, tôt ou tard, ainsi que nous venons de le voir, faire des progrès et affecter une marche inquiétante en transformant un minime accident de nutrition en une affection assez grave et en une difformité choquante.

Nous n'irons pas jusqu'à poser en principe que toutes les tumeurs érectiles de la face doivent être opérées, mais toutes doivent être surveillées et dès que l'on voit paraître la moindre tendance à l'accroissement, il est formellement indiqué de recourir à un traitement.

Deux conditions cependant semblent contre-indiquer l'intervention, d'une part le jeune âge du sujet, étant donné la tendance naturelle à la guérison et le défaut de résistance des nouveau-nés ; d'autre part l'abstention peut être commandée, et cela à tout âge par l'énorme extension des tumeurs. A part ces deux con-

tre-indications, qui, ainsi que nous le verrons, ne sont pas absolues, tout angiome de la face doit être traité.

Tous les moyens de traitement n'ont cependant pas la même valeur et ne répondent pas au même degré au but cherché.

Ce que l'on doit s'efforcer d'obtenir, c'est d'abord la destruction complète de la tumeur, la moindre partie laissée en place pouvant amener une récidive ; l'absence de cicatrices vicieuses et de toute hémorragie grave.

Les procédés tour à tour préconisés pour le traitement des angiomes de la face peuvent être groupés en trois catégories :

1° *Procédés agissant par interruption du courant sanguin dans les vaisseaux malades.*

Applications de froid ;
Astringents ;
Compression de la tumeur ;
Compression des artères efférentes ;
Ligature de ces artères.

2° *Procédés agissant par oblitération des vaisseaux, au moyen d'irritation ou d'inflammation.*

Massage ;
Vaccination ;
Application de substances irritantes ;
Caustiques-Séton ;
Acupuncture ;
Galvanocautère et thermocautère ;

Injection de substances coagulantes ou irritantes avec la seringue de Pravaz ;
Electrolyse ;
Radiothérapie ;
Radiumthérapie.

3° *Procédés d'exérèse des tissus malades.*

Ligature de la tumeur ;
Écrasement ;
Exérèse au galvanocautère ou au thermocautère ;
Extirpation au bistouri : partielle, totale.

Nous ne discuterons ici que les méthodes encore employées aujourd'hui, laissant de côté celles qui sont à juste titre abandonnées (topiques, massage, acupuncture, etc.) et nous consacrerons un paragraphe spécial à l'étude de l'extirpation totale au bistouri.

La compression préconisée en 1806 par Abernethy, remise en honneur par Roux et Nélaton ne réussit que dans les cas où la tumeur siège sur un plan solide. On cite le cas d'une mère qui guérit son enfant en lui comprimant avec le doigt pendant plusieurs mois la sous-cloison du nez. Brainard de Chicago a eu l'idée de badigeonner les nœvi avec du collodion, Schrumpf se contente du sparadrap.

Mais en général, la compression est insupportable et insuffisante et pour expliquer ses rares succès, il est permis de rappeler la tendance de beaucoup d'angiomes à la guérison spontanée.

La ligature des vaisseaux de la tumeur mérite un peu plus d'attention. Elle a été essayée sur les troncs alimentant directement la tumeur ou sur les grosses artères de la tête.

Le premier procédé est, en effet, assez tentant. A première vue, on pouvait espérer interrompre la circulation de ces angiomes de la face dont le réseau artériel se dessine quelquefois avec tant de netteté. H. Cooper, Brodie, Roux, Dupuytren l'ont cependant tenté plusieurs fois sans résultat.

Ces échecs ont naturellement conduit à une méthode plus radicale : la ligature des gros troncs vasculaires. Cette méthode beaucoup plus dangereuse que la précédente n'a pas donné plus de succès. Il suffit de consulter les statistiques de J. A. Wyeths et de Zichlewicz pour s'en rendre compte.

Plus près de nous, Bruns (Cong. allemand de chir., 4 avril 1891) a lié les deux carotides externes pour un angiome rameux du front ; il échoua également. La ligature de la carotide primitive tentée ensuite amena l'affaissement de la tumeur, mais le malade mourut d'embolie.

De nos jours, on n'a recours à cette opération que pour parer à une indication vitale : les hémorragies. Cependant nous croyons que même dans ces cas, l'extirpation au bistouri est préférable.

La vaccination, encore en faveur auprès de certaines mères, fut employée dès 1825 par des chirurgiens anglais Earle, Dowing contre « les taches de naissance ». Hogdson et Velpeau en ont été les vulgarisateurs. Tom-

bée un moment dans l'oubli, elle fut ensuite remise en honneur par Dubreuihl (Thèse de Dumbravenu, Paris 1870) et surtout par Marjolin et Tillaux.

Elle est aujourd'hui délaissée. Outre que son efficacité est très limitée, puisqu'elle ne guérit que les taches, elle expose les malades à des érysipèles et à des hémorragies qui peuvent devenir inquiétantes pour la vie du sujet. Elle laisse à sa suite des traces cicatricielles assez volumineuses souvent plus difformes que la tumeur même.

L'emploi des caustiques chimiques présente encore plus d'inconvénients.

Premièrement, une cautérisation assez profonde pour pénétrer dans toute l'épaisseur d'une tumeur d'un certain volume, dure en général plusieurs heures, en produisant une douleur violente.

En second lieu, le caustique est un agent aveugle et quelque soins qu'on ait pris d'en étudier l'action spéciale, on ne peut jamais savoir rigoureusement jusqu'à quelle profondeur pénètre l'eschare. On risque de ne pas atteindre la tumeur et ainsi de donner des chances à une récidive.

L'élimination des eschares est souvent suivie de suppuration, et entraîne une cicatrisation très lente, circonstance favorable à la production d'une cicatrice vicieuse.

La cautérisation au thermocautère et au galvanocautère, encore appelée ignipuncture, présente sur le caustique chimique l'avantage d'être plus rapide dans son action, mais elle laisse aussi des cicatrices très visibles.

Il ne faut pas oublier non plus que ce mode de traitement amène une vive réaction et les angiomes fortement érectiles répondent par des hémorragies abondantes à l'application du feu.

Aussi ne peut on songer à son emploi dans le traitement des angiomes de la face.

Cependant le professeur Forgue le préconise encore pour les lèvres (Thèse de Gazel, Montpellier, 1893).

Injections interstitielles de liquides coagulants ou irritants.

Ce fut un chirurgien italien, Monteggia, qui, en 1813, eut le premier l'idée de guérir les tumeurs vasculaires en introduisant dans leur intérieur des liquides capables d'amener par coagulation du sang, une modification dans leur tissu, telle que ce tissu devint en quelque sorte imperméable à l'afflux sanguin.

Ce procédé entra définitivement dans la pratique en 1845 avec Lallemand, qui appliqua au traitement des tumeurs érectiles les injections de perchlorure de fer préconisées à cette époque comme traitement de choix des anévrysmes.

En 1869, sur le conseil de Nélaton, Th. Auger substitua au perchlorure de fer la liqueur de Piazza (solution de perchlorure de fer et de sel marin). C'est ce dernier liquide que Didier préconise dans sa thèse inaugurale (Paris, 22 mars 1887) d'après la pratique de M. de Saint-Germain.

Nous passerons sous silence la série des liquides coa-

gulants que l'on a successivement injectés dans les tumeurs érectiles.

De l'examen des cas traités par les injections, il résulte que les guérisons sont assez considérables, mais que les accidents sont fréquents.

Sans vouloir insister sur les accidents extrêmement fréquents d'escharres et de suppuration consécutifs aux injections de perchlorure de fer et de la liqueur de Piazza, l'attention est attirée sur un accident plus grave, ordinairement mortel : l'embolie. La thèse de Didier en rapporte plusieurs cas.

Aussi cette méthode semblait-elle jugée, quand en 1900 M. Th. Auger a repris la question. Il apporta à l'Académie de médecine une quarantaine d'observations de sujets traités au moyen de la liqueur de Piazza, sans accidents et avec un succès constant.

Il modifie la liqueur de Piazza, diminuant la quantité de perchlorure de fer et augmentant la proportion de chlorure de sodium.

Pour les angiomes volumineux il remplace avec succès le chlorure de sodium, par 3 grammes de chlorure de zinc.

Il injecte de 2 à 10 gouttes pour les petits angiomes ; de 20 à 40 gouttes au maximum pour les angiomes volumineux. Il insiste sur certaines précautions à prendre. Un anneau doit être appliqué autour de l'angiome afin de gêner la circulation en retour et de s'opposer à l'échappement des caillots, en voie de formation, hors de la zone érectile. Cette compression doit être maintenue un grand quart d'heure.

Dans la plupart des cas une seule injection suffit pour enrayer le développement du tissu érectile.

Le seul accident qu'Auger ait observé est la formation d'une eschare chez un malade où l'injection avait été trop abondante.

Nous estimons avec M. Le Dentu qu'on aurait tort de retrancher de la thérapeutique un procédé qui peut offrir des ressources précieuses au médecin exerçant loin d'une grande ville ou peu au courant de la pratique chirurgicale.

Reste à étudier les injections irritantes parmi lesquelles nous ne voulons étudier qu'une seule méthode : celle du professeur Lannelongue, la méthode sclérogène par les injections de chlorure de zinc dans une solution au dixième.

Leubel, en 1892, envoya à l'Académie de médecine deux observations de malades atteints de tumeurs vasculaires et guéris par la méthode sclérogène.

Dans la première, il s'agissait d'un angiome veineux acquis, chez une femme de trente ans, siégeant à la commissure gauche des lèvres, du volume d'une très grosse noisette. Une guérison complète fut obtenue en cinq mois par seize injections au pourtour de la tumeur, une ou deux piqûres chaque fois avec deux gouttes de la solution de chlorure de zinc au dixième.

Dans la deuxième, une injection de trois gouttes de la solution dans le centre de la base de la tumeur a guéri un nœvus pigmentaire ancien de la joue droite. A la tumeur fit place une cicatrice mince et à peine apparente.

Le Dr Morestin, au Congrès de chirurgie de 1899, rapporta l'observation d'un volumineux angiome de la joue et de la région parotidienne guéri à la suite de six injections de la solution de chlorure de zinc.

Nous croyons intéressant de résumer cette observation.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, entré le 25 mai 1899, à l'hôpital Saint-Louis. Depuis sa naissance on a constaté qu'il avait la joue droite plus volumineuse. La tuméfaction s'est peu accentuée pendant l'enfance, mais depuis trois ou quatre ans elle a beaucoup augmenté. Elle s'étend actuellement depuis l'arcade zygomatique qu'elle dépasse jusqu'au maxillaire inférieur, au-dessous duquel elle se prolonge vers la région sus-hyoïdienne et d'autre part depuis l'oreille jusqu'à un travers de doigt de la commissure, ou à une verticale qui passe par l'extrémité antérieure de l'os malaire.

Cette tuméfaction offre tous les caractères d'un angiome profond : mollesse, réduction à la pression, augmentation de volume dans l'effort, la course.

Les limites en sont indécises, il n'est pas possible de déterminer exactement où commencent les tissus sains. On a donc affaire à un angiome profond diffus.

Le 31 mai, après avoir lié la carotide externe et la jugulaire et facilité l'apport du sang et la stagnation, le Dr Morestin injecte 500 grammes d'une solution de gélatine chaude à 10 0/0.

Les suites de l'opération furent très simples, mais l'insuccès complet.

C'est alors que le Dr Morestin commença le traitement par les injections de chlorure de zinc au dixième. Le 13 juin une pre-

mière injection fut faite tout autour de la tumeur, sans toucher à la tumeur elle-même.

Durant un mois, il fit cinq autres injections. A partir de la troisième, l'aiguille fut enfoncée dans la masse même de l'angiome.

Finalement il ne resta plus qu'une plaque dure occupant la région parotidienne et la joue.

Le malade quitta l'hôpital vers le milieu d'août. Il revint quelque temps après. La figure avait repris un aspect quasi normal. La région parotidienne était encore un peu ferme, mais elle s'était beaucoup assouplie et le malade ouvre très facilement la bouche, parle, mange sans aucune difficulté.

Aussi quoique le nombre des guérisons due à cette méthode ne nous permette pas de la juger définitivement, nous croyons qu'elle est appelée à rendre des services, dans les cas où l'extirpation est contre-indiquée par l'étendue ou le siège de la tumeur.

A côté des injections de chlorure de zinc, il faut placer l'électrolyse. C'est en effet une action sclérogène que produit le passage d'un courant continue à travers les tissus « coagulation du sang, travail inflammatoire « au niveau et au delà des vaisseaux, rétraction consé- « cutive, transformation fibreuse et disparition de la « tumeur, en un mot l'action sclérogène, tels sont « les résultats de l'électrolyse. » (Heins, thèse de Paris, 1893.)

L'emploi du courant galvanique est très ancien.

Dès 1825, Bailly, Marlandière l'utilisaient pour la cure

des épanchements liquides. Pravaz l'appliqua au traitement des anévrismes externes, Crusel à celui des néoplasmes.

Mais son principal vulgarisateur fut Ciniselli qui le premier publia l'observation d'une tumeur érectile guérie par l'électropuncture.

A sa suite Mildeldorpf en Allemagne, Nélaton en France se lancèrent dans la voie nouvelle. Mais ils furent peu suivis. La méthode manquait encore d'une technique précise. Aussi la grande défaveur dans laquelle tombe l'électrolyse auprès des chirurgiens s'explique-t-elle facilement.

C'est à partir de 1877, que la méthode commence à être reprise à la suite des communications de Monoyer, de Gross, à la suite des tumeurs de Teissier, de Robin.

En France Monoyer, Gross, Redard, Boudet, Bœkel, Bergonié, Schwartz, Quénu se font les défenseurs de cette méthode.

Les thèses de Heins en 1693, celle de Guilbard en 1899 à Paris, celle de Garrot en 1904 à Bordeaux, en précisent les indications.

Mais tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur son mode d'action et sa technique ; les procédés employés peuvent être groupés sous trois chefs :

1° A l'exemple de Ciniselli et d'un grand nombre de chirurgiens, les deux aiguilles sont introduites dans la tumeur, à peu de distance l'une de l'autre (Ciniselli, Bœckel, Duncan, Bergonié), c'est le procédé d'électropuncture bipolaire.

2° L'aiguille positive seule est placée dans la tumeur,

le pôle négatif sous forme de plaque est fixé sur la peau du corps (Monoyer, Boudet, Redard, Schwartz, Quénu), c'est la monopuncture positive.

3° Enfin l'aiguille négative seule est plongée dans la tumeur, c'est le procédé d'Althaus ou monopuncture négative.

La monopuncture positive est actuellement la plus employée et la plus goûtée.

Nous ferons remarquer cependant que d'après le professeur Bergonié de Bordeaux l'électrolyse bipolaire serait bien plus active, bien moins douloureuse et encore plus inoffensive que l'électrolyse unipolaire.

Le cadre de notre ouvrage ne nous permet pas d'étudier la technique de l'électropuncture positive. Nous nous contenterons de rappeler les modifications apportées par MM. Boudet et Redard à l'électrolyse des angiomes de la face. Ils ont recours à ce que l'on appelle l'électrolyse locale et à la disposition concentrique des pôles.

Ce procédé « évite les diffusions dangereuses du « courant vers les centres ou les gros troncs nerveux ; « il supprime en grande partie la douleur, et permet « d'utiliser de hautes intensités et d'agir avec énergie et « précision. » (Redard. *Presse médicale*, 4 mars 1908.)

La méthode électrolytique n'est ni bien difficile ni bien compliquée, et son innocuité est absolue. On ne compte plus les beaux succès qu'elle a données. Schwartz, Bories, Keimer (Congrès de chirurgie, 1888) en ont fourni de remarquables exemples.

La thèse de Heins (1893), celle de Guilbard (1899)

ont apporté au contingent un certain nombre de cas nouveaux traités avec succès.

Mais il ne faut pas demander à cette méthode plus qu'elle ne peut donner. Si elle arrête les progrès des angiomes, si elle obtient le minimum de déformations, elle ne ramène cependant pas à l'intégrité absolue. Il est nécessaire quelquefois de recourir, son action terminée, à des autoplasties (Schwartz, Bories).

Pas plus que les méthodes que nous avons étudiées jusqu'à présent, elle ne met à l'abri d'une récidive possible.

Cette méthode offre encore des inconvénients sérieux.

Bien que l'électrolyse locale, au dire de ses partisans, supprime en grande partie la douleur, l'anesthésie générale est souvent nécessaire.

Enfin, cette méthode est parfois très longue.

Dans un cas de Schwartz, il fallut attendre deux ans et demi la guérison ; dans un autre cas du professeur Robert (Val-de-Grâce), le traitement dura plus d'un an pour un angiome polykystique du cou.

Aussi tout en reconnaissant à cette méthode de grands avantages, nous nous permettrons d'en limiter les indications.

L'électrolyse sera tout indiquée pour les nœvi plans, ces larges taches vineuses occupant parfois toute une moitié de la face.

Elle sera également indiquée dans les cas graves de tumeurs érectiles profondes, caverneuses, pulsatiles en communication avec les gros troncs veineux.

On l'emploiera également avec succès dans les angio-

mes étendus des paupières et des joues, et en particulier dans les vastes angiomes de la région parotidienne. Ceux-ci sont en effet d'une gravité exceptionnelle en raison de leurs connexions avec le nerf facial et les gros vaisseaux carotidiens ; l'électrolyse permet seule de s'en rendre maître sans courir aucun danger.

Nous étudierons maintenant deux procédés qui ont été appliqués récemment au traitement des nœvi vasculaires de la face, c'est-à-dire la radiothérapie et les cautérisations par le radium.

Radiothérapie. — L'emploi des rayons X a pour but de produire au niveau de la tache angiomateuse, une radiodermite suffisante pour déterminer la chute de l'épiderme et de provoquer la constriction et l'oblitération des vaisseaux de la tumeur.

L'écueil à éviter est d'agir trop profondément, car la réparation serait longue à se faire et la cicatrice consécutive pourrait être disgracieuse, circonstance très importante pour les cas qui nous concernent.

Scholtz, de Breslau, dans un cas de nœvus vasculaire s'étendant sur la moitié du visage et empiétant sur les muqueuses nasales et buccales, exposa la région malade aux rayons X. Sous leur influence, il se produisit sur toute la surface du nœvus, une réaction violente, accompagnée de croûtes, de chute de l'épiderme. Puis, l'épiderme se reforma et fut normalement coloré. Un an et demi après la guérison, il ne s'était pas encore produit de récidive.

Dans d'autres cas, Scholtz fut moins heureux.

Dickson, de Torento, a relaté un cas de nœvus de la face très amélioré par la radiothérapie.

Pfahler croît que l'amélioration obtenue par les rayons X est égale à celle que donnent les autres méthodes. Il est, d'après lui, souvent nécessaire de produire une ulcération ; ce qui, ajoute-t-il, n'est pas, toujours bien supporté par les malades.

Belot, à qui nous empruntons cette étude, rapporte dans son livre de la *Radiothérapie*, le cas d'une jeune fille, qui présentait un nœvus plan vasculaire occupant presque toute la moitié du visage.

La malade avait été déjà soumise à la photothérapie et à l'électrolyse, sans amélioration notable.

Belot, après un échec dû à la crainte de produire une réaction violente, fit absorber à la peau de la région malade une quantité suffisante de rayons X pour produire une violente inflammation, avec chute de l'épiderme. L'épiderme se souleva en phlyctènes et tomba. Au bout d'un mois environ, la réparation fut presque complète. Le tissu néoformé n'avait presque pas l'aspect cicatriciel et sa coloration était à peine un peu plus rosée que celle de la peau normale.

Malgré ce beau succès, Belot préfère l'électrolyse.

Nous verrons bientôt que les applications de radium offrent aussi des avantages sérieux sur la radiothérapie.

Le grand danger de ce procédé est, nous venons de le voir, la production fréquente de cicatrices souvent plus disgracieuses que la tumeur elle-même.

Radiumthérapie. — Le radium a été appliqué depuis

quelques années comme méthode de traitement des nœvi vasculaires de la face.

MM. Danlos, Rehns, Salmon et plusieurs observateurs à l'étranger en ont obtenu de bons résultats.

Au mois de décembre 1906, MM. Wickham et Degrais ont rapporté à la Société de dermatologie l'observation d'un cas de nœvus vasculaire guéri par des applications de radium.

Nous leur empruntons l'exposé de cette méthode.

Cernant la tumeur érectile d'une feuille de plomb caoutchouté, ils font à plusieurs reprises des applications d'un sel collé de bromure de radium. Au bout d'un certain nombre de séances, le point d'application rougit, puis une croûte se forme et lorsque la croûte est tombée, le tégument apparaît légèrement coloré.

Cette coloration disparaît peu à peu et l'épiderme ne tarde pas à reprendre un aspect normal.

Dans l'observation rapportée par MM. Wickham et Degrais, il a suffi de sept applications successives d'une demi-heure chacune, pour faire disparaître un nœvus vasculaire surélevé de la dimension d'une pièce de 50 centimes, en voie d'extension chez un enfant âgé de 6 mois.

Les applications étaient si peu douloureuses, que l'enfant s'endormit plusieurs fois au cours des séances.

Aussi, MM. Wickham et Degrais considèrent l'emploi du radium comme supérieur aux autres méthodes.

« En effet, l'électrolyse demande des séances répétées « qui, chaque fois, sont pour le patient de nouvelles « séances de souffrances.

« Les rayons X, de l'aveu même des radiothérapeu-
« tes, ne peuvent agir qu'en risquant l'aléa des doses
« fortes. »

Il ne nous appartient pas de juger une méthode aussi jeune. C'est à l'avenir de se prononcer.

Parmi les procédés d'exérèse, certains, tels que la ligature de la tumeur, l'écrasement linéaire, l'anse galvanoscautique ne nous retiendront pas.

Leurs avantages, tels que rapidité de l'opération, absence ordinaire d'hémorragie, ne compensent pas leurs inconvénients.

Tout d'abord ils ne sont applicables qu'à un certain nombre restreint de tumeurs, celles qui sont pédiculées, ou que l'on peut pédiculiser. De ce fait sont éliminées toutes les tumeurs sous-cutanées ou sous-muqueuses, à cause du sacrifice que l'on serait obligé de faire d'un tégument sain utile à la cicatrisation.

Elles laissent souvent des cicatrices difformes.

Enfin on n'est jamais sûr d'avoir enlevé exactement toute la tumeur.

Nous serons moins bref en ce qui concerne l'extirpation partielle des angiomes de la face.

Cette méthode fut recommandée et pratiquée surtout par Dieffenbach dans les angiomes de la face, dont l'étendue ne permettait pas l'extirpation totale. Elle consiste à mettre la tumeur à découvert par une incision double et à en exciser au bistouri ou aux ciseaux une portion ovalaire ou cunéiforme, plus ou moins grande.

Le point capital est de parer aux hémorragies immé-

diates ou consécutives qui peuvent se produire. A cet effet Dieffenbach étranglait au préalable la partie à exciser avec une ou plusieurs pinces à coulisse au-dessous desquelles il passait des fils qu'il serrait aussitôt l'ablation faite ; quelques points de suture entortillée complétaient la réunion et l'hémostase.

Ces excisions sont répétées à cinq ou six semaines d'intervalle. On aura soin de disposer chaque fois l'ellipse en sens différents pour éviter les cicatrices difformes.

L'EXTIRPATION TOTALE AU BISTOURI

L'extirpation totale au bistouri des angiomes de la face a subi des fortunes diverses. Procédé primitif de traitement de ces tumeurs érectiles, elle fut dans la suite, en quelque sorte noyée sous le flot des nombreuses méthodes imaginées dans la première moitié du siècle dernier. A l'heure actuelle elle tend de nouveau à se substituer aux autres procédés.

Ambroise Paré, le premier, posa l'indication de l'excision des tumeurs érectiles ; il distinguait des taches curables et d'autres incurables, et traitait les premiers par l'extirpation.

J.-L. Petit, dans son *Traité des maladies chirurgicales* (t. I, p. 200, Paris), préconise l'excision au bistouri, pose le premier les règles de l'opération et en indique les dangers. Il recommande de porter l'instrument sur des tissus sains pour éviter l'hémorragie (*Œuvres posthumes*, tome I, p. 235, 1783).

Entre ses mains, l'extirpation des angiomes donne de nombreux et excellents résultats.

Puis à la suite de cas nombreux publiés par Wardrop et Roux l'extirpation au bistouri fut considérée comme une méthode d'exception et ne fut admise que lorsque les autres procédés étaient inapplicables ou avaient échoué.

A partir de la seconde moitié du XIX^e^ siècle, l'extirpation au bistouri bénéficie des perfectionnements apportés au mode de pansement et aux procédés d'hémostase.

En 1845, Loreau publie un cas d'angiome de la paupière extirpé avec succès au bistouri.

En 1861, dans la *Gazette des hôpitaux*, Guéniot rapporte un nouveau cas d'angiome de la face traité par l'extirpation.

Porta, Parker dont l'expérience est basée sur plus de trois cents cas, se font les défenseurs ardents de l'extirpation des angiomes de la face.

En 1881, Richelot, après avoir employé la méthode coagulante sans résultat, lui doit deux succès ; aussi il estime, d'accord avec Terrillon, que l'avenir est à l'extirpation.

Dans ces derniers temps, nous voyons les chirurgiens français et étrangers, Verneuil, Trélat, Terrillon employer et préconiser de préférence à toute autre méthode l'extirpation au bistouri.

En 1863, dans la thèse de M^lle^ Pasternak, le D^r^ A. Broca déclare que l'extirpation au bistouri est le meilleur traitement des angiomes de la face.

Vivent (Thèse de Paris, 1894), Cossa (Thèse de Montpellier, 1899) nous rapportent plusieurs observations où

des angiomes étendus de la face ont été extirpés avec succès.

Le Dr Morestin, derrière l'autorité de qui nous nous retranchons, a depuis 1898 extirpé avec succès un certain nombre d'angiomes de la face, et préconise cette méthode de préférence à tout autre.

A l'étranger, le Dr Berger de Tübingen, s'appuyant sur les statistiques de Heine, Körte, Tichow, recommande l'extirpation au bistouri comme étant le traitement de choix des angiomes de la tête.

Après avoir essayé successivement tous les autres procédés, dans le traitement des angiomes de la face les chirurgiens semblent donc y avoir renoncé, excepté peut-être à l'électrolyse, pour revenir à une méthode rapide et sûre dans son exécution, fidèle dans ses résultats.

En effet le vice fondamental des méthodes que nous avons étudiées jusqu'à présent est la longueur, l'incertitude ; on agit à l'aveugle, l'opération et ses suites sont en quelque sorte laissées au hasard. On cautérise, on lie, on injecte sans trop savoir ce que l'on fait et où l'on va et Chassaignac dit avec raison (*Traitement de l'écrasement linéaire,* t. II, p. 519) : « Toute méthode « dans la mise à exécution de laquelle la vue ne peut « pénétrer intérieurement sur la limite des tissus sains « et des tissus malades, toute méthode qui ne donne « pas lieu à des coupes sur la surface desquelles on « soit à même de constater si les limites de la tumeur « sont dépassées on non, n'offre aucune certitude ab- « solue touchant la destruction complète des tissus « érectiles. »

Et plus loin : « Il m'a toujours paru téméraire d'a-
« vancer que la transformation artificielle d'une tumeur
« érectile en tissus fibreux ou cicatriciel était assez
« complète dans toutes les parties de la tumeur pour
« qu'on fût autorisé à affirmer qu'il y avait guérison
« radicale, pour qu'on ne craignît pas qu'après un cer-
« tain temps d'étouffement, pour ainsi dire, quelques
« portions du tissu primitif ne reprissent à une époque
« plus ou moins éloignée le développement érectile un
« instant arrêté. »

La récidive voilà toujours le danger, et à ce point de vue on doit assimiler les tumeurs érectiles aux néoplasmes malins tels que le sarcome ou le carcinome. De même que dans ces tumeurs, un chirurgien conciencieux s'attache à tout enlever, de façon à ne pas laisser la moindre parcelle qui pourrait reproduire le néoplasme primitif, de même pour les tumeurs érectiles, on doit enlever tout absolument sous peine de voir l'angiome se reformer dans un temps plus ou moins long.

Cette destruction radicale exige un procédé, qui permettra de suivre à ciel ouvert, toutes les parties de la tumeur. Or, parmi les procédés que nous avons étudiés jusqu'ici il n'en existe pas un seul qui satisfasse à ces conditions. Il est évident qu'on ne peut obtenir le résultat exigé que par une dissection attentive du tissu érectile : par l'emploi du bistouri.

Aussi nous ne nous expliquons l'ostracisme dont les anciens chirurgiens avaient frappé l'extirpation au bistouri des angiomes de la face, que par leur crainte,

bien légitime d'ailleurs, des hémorragies et de la suppuration.

Nous lisons dans le *Traité de pathologie externe* de Follin: « L'extirpation des angiomes de la face ne peut « être proposée que pour des tumeurs bien limitées « assez peu étendues pour ne laisser après elles qu'une « trace légère de leur présence et seulement dans les « régions qui se prêtent avec facilité à l'emploi des « moyens hémostatiques. Nous suivrons encore volon- « tiers le précepte de Boyer: ce grand chirurgien con- « seillait de ne pas enlever les tumeurs chez les jeunes « sujets qui ne peuvent résister ni à une grande perte « de sang ni à une suppuration abondante. »

Broca (*Traité des tumeurs*, 1866) est encore plus pessimiste que Follin ; il réserve l'extirpation « pour certains cas plus ou moins exceptionnels », il la regarde comme un pis aller et préfère en général les procédés qui agissent en modifiant la tumeur.

L'hémorragie constitue en effet chez les jeunes sujets un grand danger surtout lorsque la tumeur a une certaine étendue. Aussi le jeune âge est-il une contre-indication à l'extirpation au bistouri.

Il n'en est pas moins vrai que dans beaucoup de cas l'extirpation au bistouri des angiomes et de la face a été tentée chez de très jeunes enfants et la plupart du temps avec succès.

Nous rapportons plusieurs observations d'angiomes extirpés chez de jeunes enfants. Dans la plupart des cas la perte de sang a été très peu abondante et nullement préjudiciable à la vie de l'enfant. Par contre chez

l'adulte, on n'a plus à compter pour ainsi dire que l'hémorragie que l'on maîtrise si facilement à l'aide des pinces hémostatiques. Qu'on lise attentivement les observations publiées à la fin de notre thèse et l'on verra que l'hémorragie a été presque toujours insignifiante et si quelquefois elle a été abondante en raison du volume de la tumeur, elle ne l'a cependant jamais été assez pour compromettre la santé, encore moins la vie du malade. Le danger de la suppuration et de la phlébite des veines de la face, qui jadis effrayait si fort Broca, à juste titre d'ailleurs, n'existe pour ainsi dire plus. Dans toutes nos observations les suites de l'opération ont été apyrétiques même lorsque la tumeur siégeait au voisinage de cavités septiques comme la bouche.

On a reproché encore à l'extirpation la nécessité de chloroformer les sujets. Cette nécessité, que l'on retrouve également dans d'autres méthodes telles que l'électrolyse, ne présente aucun inconvénient.

Dans toutes nos observations, même lorsqu'il s'agissait d'enfants très jeunes, il n'est survenue aucune complication du fait de l'anesthésie. L'extirpation des angiomes de la face ne présente donc plus les inconvénients et les dangers que lui reprochaient les anciens chirurgiens, aussi croyons-nous que ces indications doivent être étendues à la majorité des tumeurs érectiles de la face.

Celles-ci, avons-nous vu, sont circonscrites ou diffuses.

C'est aux tumeurs circonscrites, quelle que soit leur

étendue, que conviendra de préférence la méthode de l'extirpation au bistouri, et dans ce cas l'ablation ne présente ordinairement pas plus de difficultés que celle d'une tumeur quelconque. Quant aux tumeurs diffuses, l'extirpation ne sera contre-indiquée que par la grande étendue de la tumeur et sa situation.

Nous croyons en effet que l'extirpation est contre-indiquée lorsque l'angiome occupe les paupières dans toute leur épaisseur ou leur voisinage immédiat ; non pas qu'il y ait ici danger dans l'opération même, mais la cicatrice consécutive à l'opération causerait la perte inévitable des fonctions si importantes des paupières et par suite celles de l'œil, à moins qu'on ne puisse remédier au dégât par une autoplastie.

Nous avons cité les paupières, citons encore les joues quand elles sont prises dans toute leur épaisseur et sur une grande étendue, la région parotidienne à cause de l'intimité souvent très grande du tissu érectile avec le nerf facial et les vaisseaux carotidiens.

A part ces cas spéciaux, et ils ne sont pas nombreux, l'extirpation au bistouri est applicable à toutes les tumeurs érectiles de n'importe quelle région de la face, à moins bien entendu qu'elles n'aient un volume énorme. En effet partout ailleurs que dans les points ci-dessus indiqués, ou bien la cicatrice ne cause aucune gêne, ou bien l'autoplastie peut remédier à une perte de substance ou à une déviation. La vascularisation des tumeurs érectiles n'est pas une contre-indication à l'extirpation tout au moins chez l'adulte. En effet, on extirpe avec succès au bistouri des angiomes cirsoïdes de la face.

Nous venons de voir des cas où l'extirpation est seulement indiquée, mais il en est d'autres où elle s'impose, où il y a indication formelle à l'opération.

C'est lorsque l'on a affaire à des tumeurs érectiles présentant un développement rapide, un accroissement continuel, ou qui après être restées longtemps stationnaire, se mettent tout à coup, sous une influence quelconque à augmenter de volume et deviennent le siège de battements.

L'extirpation est encore formellement indiquée quand il se fait sur une tumeur superficielle une ulcération, soit spontanée par amincissement progressif des téguments, soit provoquée par une intervention quelconque.

Cette ulcération devient souvent le siège d'hémorragies qui, par leur répétition et quelquefois leur abondance, affaiblissent le malade et peuvent mettre sa vie en danger.

Là, il faut aller vite. L'extirpation seule en enlevant rapidement la cause du mal peut sauver le malade.

Nous arrivons maintenant au manuel opératoire. Il varie un peu suivant que la tumeur est pédiculée, circonscrite ou diffuse.

Lorsqu'elle est pédiculée, ce qui est excessivement rare, rien de plus simple ; cependant il faut toujours se méfier du pédicule qui peut être et qui est presque toujours très vascularisé.

Il est prudent de l'enserrer entre les mors d'une pince hémostatique de forme convenable, puis seulement de sectionner, et de lier les vaisseaux avant de relâcher la pince.

Lorsque la tumeur est nettement circonscrite, son extirpation se fait comme celle de toute tumeur bénigne. Si la peau est envahie, elle est cernée par une incision elliptique et enlevée avec la masse sous-jacente. Dans le cas contraire, on se contentera d'une incision linéaire dont les deux lèvres sont disséquées comme à l'ordinaire.

En général il faut ménager le revêtement cutané le plus possible alors même qu'il serait le siège de quelques arborisations vasculaires. Pour peu qu'il se laisse plisser à la surface de l'angiome, il doit être respecté. La dissection sera poursuivie jusqu'à la périphérie de la tumeur, afin de pouvoir aborder celle-ci, suivant le vieux précepte de J.-L. Petit, en dehors de ses limites. Il faut éviter d'entamer le tissu vasculaire érectile en cheminant dans l'atmosphère celluleuse qui l'entoure.

L'énucléation se fait alors parfois avec une facilité étonnante.

On procédera du reste lentement en saisissant à mesure avec des pinces les vaisseaux qui saignent. On arrivera ainsi dans quelques cas à pincer les troncs qui alimentent la tumeur ; celle-ci s'affaisse alors, se tasse et sa dissection devient moins dangereuse.

Lorsque cela est possible, il est bon de cerner au préalable la région, à la façon de Péan, avec des clamps qui feront une hémostase provisoire. Les angiomes des lèvres se prêtent particulièrement à cette technique.

La masse enlevée, les vaisseaux qui saignent encore sont liés et la peau réunie. Une bonne suture à points

un peu rapprochés et suffisamment profonds achève d'arrêter tout écoulement.

Lorsque la tumeur érectile est diffuse, il est nécessaire de suivre le conseil de Sédillot, c'est-à-dire de « rechercher quelle est l'origine des gros vaisseaux afin « de les découvrir et de les lier en premier lieu ».

Un point sur lequel nous avons déjà appelé l'attention est l'obligation de restreindre le plus possible l'étendue des cicatrices. A cet effet, le chirurgien abordera la tumeur par la face muqueuse, lorsque le siège de la tumeur lui permettra facilement.

Si l'envahissement de la peau ne permet pas de tenter la réunion immédiate, on pourra avoir recours à une opération autoplastique.

Nous n'entrerons pas dans le détail des méthodes autoplastiques, nous nous contenterons de rappeler qu'en matière d'autoplastie il est souvent sage de temporiser ; la nature simplifie notre tâche dans les interventions retardées et peut même nous en dispenser.

L'extirpation au bistouri des angiomes de la face nous paraît donc un procédé applicable à la majorité des cas ; rapide dans son exécution, fidèle dans ses résultats.

Grâce à cette méthode on est toujours sûr que l'on enlève la tumeur, prévenant ainsi toute récidive.

La guérison est très rapide, on n'a qu'à consulter les observations pour voir que la guérison ne se fait pas attendre.

Enfin les suites de l'opération, au point de vue du fonctionnement des organes ou de l'esthétique, sont

pour ainsi dire sous la dépendance de l'opérateur. Car il est toujours possible, sauf les exceptions que nous avons signalées, d'obtenir, grâce à la précision de l'opération, une cicatrice telle qu'elle ne gêne en rien le fonctionnement des organes voisines, ou si cette gêne est inévitable, qu'on puisse y remédier par une opération autoplastique.

Aussi en terminant notre thèse rappellerons-nous les conclusions du travail de Berger de Tübingen, conclusions que nous faisons nôtres : « Nous devons nous « habituer à considérer l'extirpation des angiomes de « la tête comme la méthode de choix. Aucun autre pro- « cédé ne doit leur être appliqué, que si l'on s'est « rendu compte par un examen soigneux que la tumeur « n'est plus opérable. On ne doit pas se laisser aller à « l'idée que l'on pourrait tenter d'abord un traitement « moins radical, et n'en venir à l'extirpation qu'après « l'échec des autres procédés.

« Plus tôt on tentera l'extirpation, plus facile en sera « l'exécution, plus sûr en sera le résultat. En effet l'ac- « croissement des angiomes de la face est très varia- « ble. Stationnaires durant des années entières chez un « malade, ils pourront chez un autre s'accroître dans « un temps très court. Inoffensifs chez celui-ci durant « la vie entière, ils provoqueront chez celui-là des « hémorragies mortelles.

« Le devoir incontestable du médecin est une action « énergique. » (*Loc. traduite.*)

OBSERVATIONS

Observation I

Tumeur congénitale de la lèvre inférieure angio-lymphangiome
(Morestin. Soc. anatomique, juin 1898.)

Il s'agit d'une fillette de 10 ans, qui portait cette tumeur depuis sa naissance. Elle siégeait à la lèvre inférieure, du côté de la muqueuse et faisait saillie dans le vestibule buccal. Dans le sens vertical elle s'étendait du bord libre de la lèvre jusqu'au sillon labio-gingival. Dans son ensemble elle présentait la forme et l'étendue d'une amande dépouillée de sa coque. La surface de cette tumeur présentait une coloration rosée, avec çà et là de petites bosselures, les unes violacées, les autres d'un rose pâle.

A la palpation cette tumeur était ferme, non réductible, assez bien limitée, faisant corps avec la muqueuse et présentant une obscure mobilité sur le plan musculaire de la lèvre. L'enfant n'en souffrait point, mais la saillie disgracieuse de la lèvre inférieure désolait les parents.

Les bosselures violettes et l'origine congénitale ont fait songer à une tumeur vasculaire. La consistance ferme devait faire admettre toutefois qu'il ne s'agissait pas d'un angiome ordinaire.

Le Dr Morestin pensait qu'il devait y avoir aussi ectasie des ymphatiques; il constatait quelques bosselures qui étaient presque transparentes et son diagnostic fut angio-lymphangiome circonscrit.

L'ablation de cette tumeur fut faite au mois de mars.

L'opération fut très simple. La masse, cernée par une incision en ellipse, fut détachée du plan musculaire auquel elle tenait plus que ne l'avait fait supposer l'examen clinique. La plaie, fermée par quelques sutures à la soie fine, fut réunie par première intention et au bout de quelques jours, la petite malade était guérie.

L'examen microscopique a confirmé absolument le diagnostic. Sur les coupes on aperçoit une grande quantité de vaisseaux sanguins et d'énormes lymphatiques.

En plusieurs points il y a de petits foyers hémorragiques. Les glandes labiales logées dans l'épaisseur de la tumeur sont altérées et manifestement enflammées. Enfin la muqueuse qui recouvre la tumeur, épaissie et modifiée, contient également un grand nombre de capillaires sanguins et lymphatiques dilatés. Les papilles sont plus hautes et plus larges qu'à l'état normal.

Observation II

Angiome de la lèvre inférieure, en voie de transformation lipomateuse et kystique (Morestin)

Albert D..., âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 22 août 1899. Il est porteur d'une hernie inguinale gauche, réductible, simple, congénitale dont il vient demander la guérison. En outre il présente à la lèvre inférieure dans la moitié, droite, à l'union du tiers interne avec le tiers moyen, une tumeur du volume d'une noisette, empiétant sur la bordure rouge

mais siégeant principalement au niveau de la face antérieure de la lèvre, sous la peau. Cette tumeur est d'une consistance ferme, elle offre une teinte noirâtre au niveau de sa partie la plus saillante. Elle est arrondie, fluctuante, semble isolable des tissus environnants. Elle date de la première enfance. Au voisinage de cette tumeur, la peau présente des varicosités très nombreuses, de même que la bordure rouge de la lèvre. Nous pensons qu'il s'agit d'un angiome plus ou moins transformé, d'un kyste d'origine angiomateuse.

Le 23 août, on pratique tout d'abord la cure radicale de la hernie, puis l'extirpation de la tumeur labiale par deux incisions verticales formant ellipse et excisant avec elle un petit triangle de bordure rouge et une certaine étendue des téguments hypervasculaires. Le malade guérit promptement de l'une et de l'autre opération et quitte l'hôpital le 15 septembre.

L'examen de la petite tumeur montre qu'elle est formée principalement par un kyste dont le contenu est d'un rouge noirâtre et manifestement hématique. Ce kyste est entouré d'une épaisse couche de tissu graisseux dans l'épaisseur duquel on voit un grand nombre de vaisseaux et de lumières vasculaires. Il s'agit donc très vraisemblablement d'un angiome qui a subi une transformation graisseuse et kystique à moins qu'on ne veuille la considérer comme une tumeur mixte d'origine congénitale.

Observation III

Volumineux angiome de la lèvre inférieure ; extirpation et chéloplastie (Morestin. *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 30 décembre 1903).

Le 1er juin, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richelot que je remplaçais, un homme de 24 ans, H. T...,

venu tout exprès d'une province reculée demander l'amélioration d'une abominable difformité faciale datant de la naissance.

Du plus loin que remontent ses souvenirs, il a toujours eu la lèvre inférieure d'un volume monstrueux et d'une couleur rouge ou violette, des plaques de même coloration ou d'apparence analogue couvraient en outre une grande partie du visage.

La tumeur formée par la lèvre resta stationnaire pendant de longues périodes, puis subit de temps à autre des poussées après lesquelles elle ne montra aucune tendance à la régression.

Son volume augmente donc à chaque poussée nouvelle et cette augmentation demeure acquise.

Notre malade est grand, très robuste, fort bien constitué par ailleurs et ne présentant aucune autre anomalie. Ses parents, ses frères et sœurs n'ont jamais rien eu de cette sorte.

L'affection occupe toute la lèvre inférieure et en dépasse les limites, empiétant sur le menton et les parties adjacentes des joues. La lèvre est éversée, pendante, proéminente, très épaissie dans toute sa largeur et de profil elle est comparable à un sabot de cheval renversé. Si on la regarde de face, elle donne l'aspect d'une vasque. Sa face externe est presque horizontale. Elle est entourée d'un sillon nettement accusé au point où elle se continue avec les régions avoisinantes. Ce sillon ne représente nullement une ligne de démarcation des lésions, celles-ci vont au delà. Il s'agit d'une simple plicature due au volume et au poids de la tumeur. Toute cette face externe est d'un violet carminé très foncé. Elle est couverte de petites saillies variqueuses, d'ampoules vasculaires extrêmement superficielles. Cette coloration devient généralement moins intense, en gagnant le menton et les joues, et finit par être simplement d'un rose carminé sur les joues, et elle se prolonge jusqu'au voisinage de l'oreille,

étant d'ailleurs plus étendue et plus foncée du côté droit que du côté gauche.

Sur la face muqueuse, les teintes sont d'un rouge sombre, et l'on retrouve également des bosselures vasculaires en grand nombre. Au niveau du bord libre représenté par un bourrelet inférieur, on note une légère ulcération en croissant, ulcération superficielle, à bords irréguliers taillés en pente douce, à fond gris rosé, atone, couvert de bourgeons blafards et de liquide puriforme. En certains points on note des plaques formées par des tissus en voie de mortification. Cette ulcération s'étend, diminue, se creuse, puis s'améliore mais ne se cicatrise jamais. Elle s'agrandit principalement pendant l'hiver et s'accompagne de fissures antéro-postérieures, plus ou moins profondes. On retrouve les traces de ces dernières sous forme de lignes grisâtres cicatricielles en divers points. L'ulcère précité saigne facilement. Chaque jour se produisent de petits suintements sanguins. A plusieurs reprises, il y a eu des hémorragies sérieuses. La muqueuse gingivale est envahie dans la partie répondant aux canines et aux incisives. Elle est épaissie, tomenteuse, d'un rouge très vif. Les dents sont déchaussées, entourées d'une collerette muqueuse, épaissie, molle, inégale et saignante.

Au palper, toute cette masse est molle, diminue sous la pression, se laisse réduire, exprimer comme une éponge, puis reprend très rapidement son ampleur primitive. D'ailleurs, elle n'est pas d'une souplesse uniforme. Elle est plus consistante, plus pâteuse à mesure qu'on se rapproche du bord libre. Les lésions sont fort mal limitées, mais on peut se rendre compte qu'elles deviennent graduellement plus superficielles et aussi moins sérieuses.

Elles s'arrêtent assez exactement à la commissure des lèvres à droite comme à gauche ; la lèvre supérieure est absolumen

intacte. En bas l'écusson du menton est pris dans sa partie supérieure, mais plus bas elle a retrouvé le volume normal ne gardant qu'une coloration d'un rouge-violet intense que l'on retrouve jusque dans la région sus-hyoïdienne. Au niveau des joues, la peau seule est prise, sauf en bas et en avant, au-dessus de la commissure labiale entre elle et le cul-de-sac gingivo-labial.

En somme il existe un gros angiome occupant la lèvre en totalité et s'étendant quelque peu au delà vers le menton et la partie adjacente des joues, et un état angiomateux de la peau, une vaste tache érectile prolongeant superficiellement la lésion précédente sur une grande partie du voisinage et du cou.

Il n'existait aucun battement, aucun mouvement d'expansion, aucun thrill, aucun indice de transformation cirsoïde, et, même autour de la tumeur, on ne remarquait pas d'artère superficielle particulièrement développée.

Çà et là seulement quelques veines apparentes.

Cet homme était extrêmement malheureux de sa difformité. Il était en effet incontestablement hideux et répugnant. Il était en outre de plus en plus incommodé par sa tumeur. L'alimentation offrait des difficultés réelles, la bouche ne pouvant se fermer.

La parole était aussi très défectueuse.

Je me déterminai à faire l'ablation de la tumeur érectile, en empiétant un peu sur le menton et en comprenant dans l'excision la partie la plus malade des joues. Une ligne oblique partant de la commissure labiale, en se portant d'avant en arrière et de haut en bas, pour s'arrêter sur le bord libre de la mâchoire inférieure à la hauteur de la première petite molaire, indique la limite postérieure de l'exérèse. En bas une ligne horizontale suivant le bord du maxillaire et allant rejoindre à droite et à

gauche la précédente ligne, on précise la limite inférieure.

J'avais eu soin de placer de longues pinces courbes sur les joues pour obtenir une ischémie préventive partielle.

Les deux premières incisions latérales donnèrent très peu de sang.

La section horizontale fut plus hémorragique et je dus appliquer promptement une dizaine de pinces de Kocher.

J'avais enlevé à peu près totalement tout l'angiome proprement dit. La muqueuse avait été coupée transversalement sur la gencive elle-même.

Les ligatures faites, je réparai la perte de substance en taillant deux lambeaux génio-labiaux comprenant la partie des oues immédiatement voisine de la brèche à combler et près d'un tiers de la lèvre supérieure ; lambeaux rectangulaires à base inférieure, en ayant soin de garder attenante à la partie demeurante de la lèvre supérieure, le cordon rouge de la partie labiale de chaque lambeau. Puis les deux lambeaux étant placés horizontalement furent d'une part suturés l'un à l'autre, d'autre part suturés à la tranche de section inférieure. La plaie d'emprunt fut immédiatement comblée des deux côtés par la réunion de la tranche labiale à la tranche génienne, et le petit lambeau conservé appendu à la lèvre supérieure à droite et à gauche, servit à reconstituer la commissure correspondante. Quelques points étaient destinés à refaire au bord libre, en rapprochant la muqueuse de la peau. Les lambeaux avaient été taillés en partie dans les régions comprenant des taches érectiles, mais il fallait bien se contenter des matériaux autoplastiques dont nous disposions.

Les suites furent très heureuses, très simples, complètement apyrétiques et la réunion fut obtenue partout sauf au niveau du

bord libre de la lèvre nouvelle où quelques fils coupèrent. Les petites plaies restantes se cicatrisèrent d'ailleurs très rapidement.

Cependant ce résultat lent ne me donnait pas toute satisfaction. Comme il arrive souvent en pareil cas les lambeaux avaient subi quelques modifications sans rapport d'ailleurs avec l'affection particulière du sujet. Ils s'étaient épaissis et avaient perdu de leur hauteur. Sur la ligne médiane s'était produite une encoche due à la rétraction cicatricielle. J'attendis jusqu'au 17 avril avant de commencer les retouches nécessaires pour lesquelles suffit la cocaïne.

Je fendis sur la ligne médiane la lèvre jusqu'à la muqueuse, saillant sur l'une des moitiés un petit lambeau, comme l'on fait pour l'opération du bec-de-lièvre dans le procédé de Miravel, réséquant une certaine quantité de peau à droite et à gauche pour rétrécir et diminuer la lèvre. Le lambeau avait été pris sur la moitié droite, il était long de 15 millimètres, la peau fut supprimée au-dessous de lui depuis la ligne médiane jusqu'à une ligne oblique allant de sa base à l'extrémité basse de l'incision médiane. Une résection analogue fut de même pratiquée sur la moitié gauche, puis le bord libre fut avivé sur cette moitié gauche, dans une étendue proportionnelle à celle du petit lambeau prélevé à droite, cette surface cruentée étant préparée pour recevoir celui-ci. La réunion faite amena l'accolement parfait sur la ligne médiane des deux moitiés labiales et le lambeau relevé et placé horizontalement supprima toute encoche.

La lèvre formait encore un peu bourselet, ce qui tient en grande partie à l'éversion de la partie antérieure de la mâchoire, fait d'ailleurs commun dans les macrochilies. Je me proposais cependant de l'amincir ce qui eût été facile, en supprimant

une tranche de tissu en rapprochant ensuite muqueuse et côté cutané.

Mais le malade, content du nouveau facies que lui avait fait l'opération, voulut s'en tenir là et retourna prématurément dans son pays.

Le résultat est, en effet, satisfaisant, et par comparaison avec l'état ancien, il n'est pas douteux que sa situation ne soit extraordinairement améliorée non seulement au point de vue de la forme du visage, mais des fonctions, en ce qui concerne la parole, la préhension des aliments et la mastication.

L'examen histologique de la tumeur n'offre rien de spécial ; il a été pratiqué par M. Fouquet qui constate un angiome caverneux, avec superficiellement des parties où se rencontrent des phénomènes inflammatoires.

Pendant les trois mois que nous avons eu le malade sous les yeux, il ne s'est montré aucune tendance au développement de nouvelles parties angiomateuses. Sans doute c'est un court délai ; mais l'ablation ayant été à peu près totale, la tumeur ayant eu une marche extrêmement lente, le sujet étant relativement âgé, il est permis d'espérer que le résultat sera durable. Et cela d'autant mieux que les téguments, occupés par des taches érectiles, dans lesquels ont été taillés les lambeaux, offrent un changement manifeste dans leur coloration. Ces parties ne sont plus d'un rouge vif ou d'un rose carmin, mais d'un rose clair, laissant çà et là des pigmentations brunes. Rien d'étonnant à ce que dans des tissus tomentés et dont la vascularisation a subi de tels changements dans ses voies d'accès, on observe quelques modifications de ce genre.

Observation IV

Angiome de la lèvre supérieure (Morestin. Soc. anat, février 1904).

Albert P..., garçon charcutier, âgé de 18 ans, est entré le 7 décembre 1903 à l'hôpital Saint-Louis.

Il présente une difformité très choquante de la lèvre supérieure. Celle-ci est éversée et fait en avant une saillie proéminente lui donnant l'apparence d'un grain. La face muqueuse se montre à l'extérieur, formant à sa partie moyenne une saillie d'un rouge violacé, grosse comme une châtaigne. Par contre la peau ne présente aucune modification. La saillie rougeâtre précitée s'étend depuis le bord libre jusqu'au voisinage du sillon gingivo-labial. Elle est médiane et symétrique. Les limites latérales peuvent être indiquées par deux lignes verticales passant par la face interne des ailes du nez. Cette tumeur est molle, facilement et complètement réductible. Elle est absolument indolente. Sa présence n'apporte même aucune gêne dans la préhension des aliments ni dans la mastication. Elle augmente, et sa coloration devient plus foncée quand le malade baisse la tête. Il s'agit donc bien certainement d'un angiome.

L'affection d'ailleurs remonte à la naissance. On aurait constaté dès le premier jour la présence à ce niveau d'une petite grosseur d'un rouge très vif, comparable par le volume à la tête d'une épingle.

La tumeur se développa graduellement; une première opération fut pratiquée à Chartres il y a quatre à cinq ans; mais peu après la tumeur reparaît, reprenant sa marche lente, mais constamment progressive.

L'état général est excellent. Le sujet est grand et remarqua-

blement vigoureux. Il ne présente par ailleurs aucune malformation. Les parents existent encore et il n'y a de leur côté rien à relever, si ce n'est l'alcoolisme chez le père.

La tumeur n'offre aucune pulsation, aucun thrill, aucun indice de transformation cirsoïde. C'est un angiome très simple.

A son niveau la muqueuse est fort peu altérée, et semble même simplement soulevée. Une petite ligne blanchâtre transversale est le vestige de l'opération antérieurement subie.

Les dents sont belles et saines, à part les deux incisives médianes, qui commencent à se carier en avant, au niveau du collet ; c'est là une coïncidence assez curieuse, ces dents étant en contact permanent avec la tumeur.

Le 10 décembre, j'ai fait l'extirpation de la tumeur. Je pus conserver heureusement une grande partie de la muqueuse qui la recouvrait. La lèvre étant retournée et un aide la maintenant ainsi la face muqueuse bien exposée, je pus sans trop de peine faire une ablation complète. L'hémorragie fut très modérée ; je n'eus pas besoin de placer des clamps labiaux, les doigts de l'aide en faisant l'office.

J'avais tracé une incision elliptique, les deux pôles de l'ellipse répondant l'un au cul-de-sac labio-gingival, l'autre au bord libre. et repoussé ensuite à droite et à gauche la muqueuse disséquée. La perte de substance de la muqueuse fut donc bien moins étendue que n'était la surface occupée par l'angiome. L'ablation de celui-ci laissait une loge assez profonde creusée dans l'épaisseur de la couche musculaire de la lèvre. Les bords de la perte de substance subie par la muqueuse furent rapprochés selon une ligne verticale médiane par des fils de soie fine. Je dus toutefois laisser en un point l'espace nécessaire pour le passage d'une petite mèche de gaze destinée à tamponner la loge

cruentée, dont les parois continuaient à saigner d'une façon peu abondante, mais continue. J'avais dû renoncer à exécuter des sutures profondes pour ne pas faire reparaître la saillie de la lèvre en avant Une autre mèche fut placée entre les dents et la muqueuse labiale. Celle-ci dut être renouvelée plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, pendant quelques jours. La première fut ôtée au bout de trente-six heures et ne fut pas remplacée.

La guérison s'obtint très rapidement. Les fils de soie furent retirés le sixième jour; la lèvre qui s'était légèrement tuméfiée, revint en une semaine à un volume normal. Le jeune homme nous quitta au quinzième jour parfaitement guéri et dans un état irréprochable, débarrassé d'une difformité qui le chagrinait beaucoup.

L'examen de la tumeur a été fait par M. Cornil. Elle est formée par l'agglomération d'énormes capillaires prodigieusement dilatés. Les artères et les veines que l'on aperçoit sont rares, peu volumineuses et normales. La bande de muqueuse qui est restée à la surface de l'angiome ne montre aucune altération ; elle est seulement légèrement amincie. On voit çà et là des glandes labiales. Aucune d'elles n'offre la moindre altération. Il en est de même des faisceaux musculaires entre lesquels s'enfoncent des prolongements de l'angiome. Celui-ci n'est pas encapsulé et le tissu conjontif n'offre dans son voisinage aucune trace d'un travail de réaction.

Observation V

Angiome de la joue (Morestin).

Le nommé R..., âgé de 35 ans, maréchal ferrant, est entré le 13 juillet 1904 à l'hôpital Saint-Louis

Il entre pour fracture du radius gauche, fracture sans déplacement traitée par le massage, il présente en même temps un angiome de la joue gauche datant de l'enfance, qui n'a cessé de grossir depuis la naissance, où elle était, paraît-il, grosse comme un pois, jusqu'à l'âge de 20 ans. Elle a augmenté de volume avec une très grande lenteur ; depuis 14 à 15 ans elle ne semble pas avoir changé notablement.

Extérieurement, on constate un soulèvement de la joue gauche en arrière et principalement au-dessous de la commissure labiale. Il semble que le malade ait de ce côté une grosse chique. C'est surtout cette saillie qui préoccupe le malade. Les téguments présentent une teinte légèrement violacée et des taches vascularisées dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes. En somme ils sont à peu près sains, la tumeur étant principalement sous-muqueuse. En écartant la commissure labiale, la bouche étant ouverte, on aperçoit la tumeur formant sous la muqueuse une saillie d'un rouge violacé dont le volume est comparable à celui d'une grosse amande.

Elle est molle, indolente, réductible, ne présentant pas d'ulcérations. Il n'y a jamais eu d'hémorragies.

Elle occupe en somme presque toute la face interne de la joue, elle paraît sur la plus grande partie de son étendue indépendante de la muqueuse comme de la peau, si bien qu'on en peut faire l'extirpation en sacrifiant une faible étendue de la muqueuse.

Le 23 juillet, je pratique en effet l'opération par la voie buccale. Deux incisions isolent un ovale de muqueuse, présentant 2 centimètres dans sa plus grande hauteur et 3 dans sa plus grande longueur. La tumeur est saisie par des pinces et attirée en avant, tandis que d'autres pinces écartent d'elle les

bords de la plaie. La dissection faite avec les ciseaux est assez hémorragique, sans cependant que cet écoulement sanguin apporte aucune difficulté réelle à l'intervention et sans qu'elle donne lieu à aucune inquiétude. De fait, après la compression exercée pendant quelques minutes, il suffit de poser une seule ligature.

L'opération est terminée par la suture de la muqueuse suivant une ligne antéro-postérieure, allant depuis la commissure jusqu'au bord antérieur de la tranche montante du maxillaire. Il n'y a pas eu lieu de pratiquer d'incision extérieure, ni de sacrifier aucune portion des téguments.

Les suites furent très simples ; le malade au bout de quelques jours a pu quitter, parfaitement guéri, l'hôpital.

Observation VI

Angiome de la lèvre supérieure (Morestin. Soc. de dermatologie, 6 déc. 1906).

Une jeune fille de 15 ans, Louise D..., entre le 4 août 1905 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon ami Arron que je remplaçais. Cette enfant porte à la lèvre supérieure, dans le voisinage immédiat de la commissure droite, une petite tumeur du volume d'un haricot, qui vient faire saillie au niveau du bord libre. La tumeur est facilement et complètement réductible, la muqueuse qui la couvre offre une coloration violacée, elle est complètement indolente. C'est donc un angiome. Sa présence n'a été remarquée que depuis dix mois. Son volume augmente sans cesse, et la saillie qui en résulte dépare la physionomie par ailleurs fort gracieuse de M^lle^ Louise D...

Le 7 août, je pratique l'ablation de cet angiome. La muqueuse

du bord libre, soulevée par la tumeur, ne paraissant pas incorporée par celle-ci et manifestement envahie par le tissu angiomateux, je résolus de conserver ce bord et d'aborder par la face profonde de la lèvre, la production que je voulais détruire.

J'incisai donc la muqueuse labiale, transversalement à 7 ou 8 millimètres du bord libre, traversai la couche glandulaire sous-muqueuse, et rencontrai le tissu érectile pathologique dans l'épaisseur de la couche musculaire. Je fis l'extirpation de la tumeur, détruisant en même temps un certain nombre de faisceaux musculaires et rasant en bas le revêtement cutanéo-muqueux du bord libre. Je n'eus pas de ligature à faire ; la compression maintenue pendant quelque temps suffit à l'hémostase. Il me restait maintenant un excédent de muqueuse ; j'en sacrifiai la partie voisine de l'incision, pour attirer en arrière et remonter celle qui formait sac et flottait au niveau du fond libre. J'en réséquai assez pour obtenir une très, très légère hypercorrection, comptant qu'il se produirait un peu de relâchement après l'ablation des fils.

La plaie fut réussie par quatre points de suture à la soie très fine.

De fait les choses se passèrent bien ainsi. Quand j'enlevai au sixième jour les fils dont les anses étaient devenues lâches, ayant quelque peu coupé la muqueuse, les lèvres avaient repris une symétrie complète et l'aspect normal. Ce résultat s'est maintenu irréprochable.

Observation VII

Extirpation d'un volumineux angiome de la lèvre supérieure.
(Morestin. Soc. de dermatologie, 6 décembre 1906.)

Cette malade, Julia L..., âgée de 20 ans, est entrée dans mon service à la maison Dubois, le 18 octobre 1906. Elle m'était

adressée par M. Brocq. Depuis sa naissance, Julia L... portait, à la lèvre inférieure, une tumeur qui d'abord toute petite prit dans la première enfance un rapide développement. A trois reprises alors qu'elle avait 2, 3 et 5 ans, on fit des tentatives d'ablation, certainement incomplètes, car elles n'empêchèrent point la lésion de reparaître et de progresser, mais, qui peut-être, contribuèrent à en ralentir la marche. Quoi qu'il en soit, un temps vint où la tumeur demeura à peu près stationnaire. Depuis bien des années déjà, elle n'a plus de tendance à s'accroître. Mais son volume est considérable et il en résulte une difformité dont la pauvre fille a beaucoup souffert moralement.

La lèvre inférieure est occupée par une grosse masse qui se prolonge vers la partie basse de la joue droite jusqu'au bord inférieur du maxillaire.

La tumeur fait également saillie à la face buccale de la lèvre inférieure et de la partie correspondante de la joue. Cette masse violacée, mollasse, réductible, indolente à la pression, est et ne peut être qu'un angiome; à sa surface on distingue des bosselures d'un violet plus foncé, des ampoules veineuses, et, du côté muqueux, de gros troncs comparables à des varices.

A la palpation on reconnaît dans l'épaisseur du tissu pathologique trois ou quatre petits noyaux durs, et quand la tumeur est exprimée du sang qu'elle contient, elle donne la sensation d'un paquet de ficelle.

Sur la muqueuse et dans la partie qui correspond au bord libre de la lèvre, on note plusieurs bandes cicatricielles, vestiges des interventions tentées autrefois. Les noyaux précités sont sans doute la conséquence d'essais thérapeutiques plus récents. L'angiome a été soumis à l'électrolyse mais on y a renoncé après quelques séances.

Le point le plus délicat était d'établir les limites probables du tissu pathologique. La lèvre semblait au premier abord prise dans presque toute son étendue transversale et aussi dans presque toute sa hauteur; mais en réalité la tumeur n'occupait que sa moitié droite : l'autre moitié, repoussée vers la gauche et repliée sur elle-même, était intacte. La commissure droite était également respectée, et dans son voisinage persistait même 1/2 centimètre intact de la bordure rouge de la lèvre inférieure. La tumeur était assez nettement limitée vers la face muqueuse, s'arrêtait du côté de la joue à un travers de doigt de la commissure, en dehors, au sillon labio-génien, en dedans, à la partie moyenne de la lèvre.

En dehors les téguments étaient manifestement envahis dans la partie labiale de la lésion, mais l'éminence était complètement respectée, la moitié gauche de la lèvre intacte, et les lésions en se prolongeant vers le bord inférieur de la mâchoire intéressaient de moins en moins la peau.

Pour faciliter les manœuvres et les rendre plus précises, je commençai par placer un certain nombre de soies traversant la muqueuse de la joue et de la lèvre, en dehors des lésions, et destinées à servir de tracteur, à éverser joue et lèvre, à étaler et à exposer la tumeur. J'incisai autour d'elle la muqueuse saine, puis la saisissant à l'aide de pinces de Kocher je la disséquai, l'isolai peu à peu des parties ambiantes, allant graduellement de sa périphérie vers sa partie centrale. Cette dissection ne fut pas trop hémorragique; arrivé à la peau, j'en sacrifiai un segment triangulaire, ayant pour base la partie du bord libre occupée par la tumeur et pour sommet un point situé sur le bord inférieur de la mâchoire, à un travers de doigt de la commissure, les deux autres bords du triangle affectant ainsi une

direction oblique d'avant en arrière et de haut en bas. Restait à réparer la perte de substance. Ne voulant ajouter aucune nouvelle incision extérieure à celles déjà pratiquées, j'incisai dans le fond du sillon gingivo-labial et gingivo-génien, libéral profondément et mobilisai complètement la moitié restante de a lèvre inférieure et les parties molles du menton, d'une part, de la joue droite, d'autre part. Je reconstituai ensuite la lèvre par deux plans de suture à la soie, l'un profond, l'autre superficiel. La commissure droite ayant pu être conservée, une difficulté était ainsi éludée. Bref il ne resta plus d'autre trace extérieure de l'intervention, qu'une ligne de sutures s'étendant du voisinage de la commissure au bord de la mâchoire, longue en tout de 3 cm. 1/2.

Une petite mèche de gaze iodoformée fut laissée dans le vestibule buccal en arrière de la lèvre reconstituée. Les suites ont été de la plus heureuse simplicité. Dès le quatrième jour, je pus enlever un des points de la suture cutanée, le cinquième un autre; le sixième 25 octobre, les derniers purent être retirés.

La réunion primitive fut obtenue et le malade nous quitta guéri le 25 octobre.

La cicatrice eet linéaire et peu visible, et s'effacera encore graduellement. La hanche n'est aucunement déformée.

Observation VIII

Angiome de la région parotidienne chez un enfant de 4 mois (Morestin).

Au mois d'octobre 1906, le Dr Emery m'adressa un petit garçon, l'enfant A..., âgé de 4 mois, présentant sur la limite de la région sterno-mastoïdienne et parotidienne un angiome aisé-

ment reconnaissable, occupant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, gros comme une noix et en voie de progression extrêmement rapide. Le 16 octobre 1906, j'opérai l'enfant rue Oudinot. La tumeur longue de 5 centimètres, large de 2 centimètres 1/2, fut cernée par deux incisions formant une ellipse, puis promptement disséquée et extirpée. La plaie fut réunie par des fils de soie très fine. L'enfant supporta admirablement le chloroforme donné d'ailleurs avec beaucoup de prudence. La perte de sang fut insignifiante, et les suites furent excessivement simples. Au huitième jour, l'enfant était guéri, et pouvait être ramené en province. J'ai eu depuis fréquemment de ses nouvelles. J'ai même eu l'occasion de le revoir. Il se développe parfaitement et reste complètement guéri. La cicatrice s'affaisse, et est aujourd'hui à peine visible.

Observation IX

Angiome de la région sous-orbitaire chez un enfant de 9 mois (Morestin).

Le 27 octobre 1906, j'ai opéré une fillette de 9 mois, l'enfant R..., présentant dans la région sous-orbitaire droite un angiome gros comme une petite noix, développé dans le tissu cellulaire sous-cutané et ayant envahi la peau sur une étendue plus grande qu'une pièce de 50 centimes. L'extirpation fut faite après une expression de la tumeur par compression maintenue tout le temps de l'opération. Deux étages de sutures profondes furent appliquées et la peau fut réunie suivant une ligne oblique de haut en bas et de dedans en dehors, à l'aide de soie très fine. Les fils furent retirés le 3 novembre. L'enfant supporta admirablement l'opération.

Elle est depuis restée guérie. La cicatrice était encore très visible lors de mon dernier examen à la fin de 1907. Sans être cependant choquante ni déterminer aucune déviation des traits

Observation X

Angiome de la joue chez une enfant de 14 mois (Morestin. Soc. de dermatologie, 9 janvier 1908).

Renée L..., âgée de 14 mois, fut amenée dans le début de janvier à la maison Dubois. Elle avait été auparavant soumise à l'examen de nombreux médecins, tant à Tours qu'à Paris et en dernier lieu présentée au Dr Sabouraud qui l'adressa au Dr Morestin. L'enfant est peu développée pour son âge; elle est cependant très bien portante et depuis sa naissance n'a jamais eu d'autre maladie que la tumeur faciale dont elle est atteinte. Huit jours après la naissance, les parents constatèrent une tache d'un rouge vif, grande comme une lentille à la partie antérieure de la joue gauche au-devant de la pommette. Au troisième mois, elle était comparable en étendue à une pièce de 50 centimes. La partie malade s'était en même temps fort épaissie ; ce n'était plus une tache mais une plaque surélevée, d'un rouge beaucoup plus foncé qu'au début. L'enfant fut soumise à l'électrolyse dont on fit quinze séances, ce qui amena non pas la régression, mais un arrêt momentané dans la progression de la tumeur. Peu de ours après l'interruption du traitement, il devint évident qu'elle augmentait de volume.

Au moment où la fillette me fut confiée, la plaque saillante, arrondie, presque exactement circulaire, était grande comme une pièce de 2 francs. Sa surface était irrégulière, présentant des bosselures, d'un rouge vif ou violacé, séparé par des sillons d'un

blanc grisâtre et d'apparence cicatricielle. Au pourtour quelques varicocèles se dessinent dans l'épaisseur de la peau, surtout au dehors. La tumeur s'enfonce assez profondément dans les parties molles. Elle remonte en haut jusqu'au bord inférieur de l'orbite; en bas, descend un peu au-dessous d'une ligne rasant par en bas horizontalement l'aile du nez. En avant elle s'arrête à un petit travers de doigt du nez.

La partie postérieure répond à une verticale passant par le centre du malaire. Il n'y a aucune modification de la muqueuse buccale. La tumeur est indolente, dépourvue de battements, facilement et complètement réductible. Elle est plus affaissée au moment du réveil et moins colorée que dans la soirée. Elle se tend et sa coloration devient plus foncée quand l'enfant crie. Le diagnostic d'angiome s'imposait donc de la façon la plus formelle. Par ailleurs, l'examen complet du sujet fit découvrir sur le bord interne du pied gauche un tout petit angiome gros comme un pois, stationnaire depuis la naissance.

Le pronostic de l'angiome facial était assez curieux. Il s'accroissait sans cesse et même assez rapidement; à deux reprises, il avait déjà donné lieu à des hémorragies assez abondantes, qui, à juste titre, avaient alarmé considérablement l'entourage et faisaient souhaiter à tous une solution rapide. Partisan, d'une façon générale, de l'ablation des angiomes, je conseillai, d'une façon toute spéciale, l'extirpation de cette tumeur, qui avait déjà saigné deux fois et pouvait incessamment exposer l'enfant à de nouvelles spoliations sanguines. L'opération eut lieu le 24 décembre à la maison Dubois.

L'enfant assoupi par une bouffée de chloroforme, j'exprima la tumeur par la pression des doigts, et pendant qu'elle était ainsi réduite et comprimée, je la circonscrivis rapidement avec

le bistouri, incisant les téguments et fouillant au-dessous de la peau à une certaine distance pour passer dans le tissu cellulo-adipeux, à distance des lésions. Attirant à l'extérieur la masse toujours exprimée, et fortement serrée entre les doigts, je la libérai profondément et finalement je l'emportai.

Promptement j'enfonçai une compresse dans l'excavation saignante laissée par l'ablation, puis, soulevant avec prudence ce tampon, après quelques instants de compression, je plaçai quatre pinces de Kocher sur quatre artères jaillissantes. Je pus alors en toute tranquillité, placer mes ligatures, rapprocher les bords de l'excavation par deux étages de sutures perdues au catgut fin, et, endernier lieu, réunir les téguments selon une ligne transversale avec des soies trop fines. La plaxité très grande de la graisse sous-cutanée et de la peau, dans cette région, chez les jeunes sujets, me permit d'obtenir aisément la réunion, malgré l'étendue relativement considérable de la perte de substance. Aucun incident n'avait marqué l'intervention ; elle avait été admirablement supportée, les suites en furent très heureuses et de la plus parfaite simplicité.

L'enfant quitte la maison Dubois le 30 décembre.

Les fils furent retirés le 2 janvier. La réunion primitive a été obtenue et la guérison est, depuis ce moment, complète.

Observation XI

Angiomes de la langue, de la lèvre inférieure et du menton.
(Morestin. Soc. anatomique, 26 avril 1907.)

Édouard C..., mécanicien, d'origine italienne, âgé de 80 ans, m'est adressé le 19 janvier 1904 par le Dr Géraud. C... est porteur d'une double lésion datant de la naissance, intéressant

d'une part la langue, d'autre part la région mentonnière et la lèvre inférieure. A droite et à gauche de la région mentonnière, on observe deux saillies occupant en partie cette région, en partie la lèvre inférieure. Elle fait un relief assez accusé, comparable à celui d'une demi-noix. Celle de droite est un peu plus volumineuse. Elles sont à peu près arrondies.

Une troisième, un peu plus petite, se montre au-dessus du menton. A leur niveau les téguments offrent une coloration légèrement violacée. Des cicatrices s'observent en certains points, vestiges de traitements autrefois subis. Elles sont partiellement réductibles. Çà et là dans leur épaisseur, on découvre plusieurs noyaux durs. Du côté de la bouche, la muqueuse semble épaissie. Elle est soulevée par des veines dilatées formant de gros paquets tortillés. La pression est complètement indolente. Pour ces tumeurs mento-labiales le diagnostic d'angiome est extrêmement vraisemblable.

Mais l'examen de la bouche nous montre des choses plus intéressantes encore. Tout d'abord nous constatons une inflammation chronique de la muqueuse de la joue, et en outre du côté droit une infection chronique du canal de Sténon, se traduisant par l'écoulement de filaments fibrino-purulents en suspension dans une salive épaisse et trouble que l'on fait jaillir par la pression exercée entre un doigt placé dans le vestibule buccal et un autre en dehors de la joue. Puis quand le sujet écarte les mâchoires, on aperçoit une extraordinaire déformation de la langue. La pointe de l'organe fait défaut. La langue se présente sous forme d'une masse arrondie parcourue dans le plan médian par une longue et très profonde fissure. Cet aspect rappelle celui d'une paire de fesses. Le malade nous expose dans un langage assez intelligible, qu'il a subi, à l'âge de trois ans,

une opération destinée à retrancher l'extrémité antérieure de la langue qui dès la naissance tendait à faire saillie hors de la bouche, et qu'il a failli succomber à cette intervention.

Il est très certain que la technique du chirurgien a dû être assez imparfaite. Le moignon de la langue s'est soudée au plancher de la bouche par une épaisse cicatrice transversale. En outre l'organe subissant une rétraction plus considérable sur la ligne médiane, les deux moitiés de la face dorsale se sont adossées l'une à l'autre, formant la saillie bilobée séparée par le profond sillon antéro-postérieur sus-mentonneir.

Sur les parties voisines de la barre cicatricielle, la langue est couverte de saillies rougeâtres ou violettes, manifestement vasculaires. Ce sont des séries de petits angiomes offrant l'aspect d'énormes papilles hypervascularisées. Ces lésions s'arrêtent à un travers de doigt environ de la cicatrice. En écartant les deux lèvres de la fissure, on voit que de chaque côté les parois muqueuses adossées sont hérissées de papilles gigantesques, pointues et cornées, dures et rudes au toucher. Dans le fond du sillon une accumulation smegmateuse de débris épithéliaux. C..., avons-nous dit, parle mieux qu'on n'aurait pu le supposer, il arrive à se faire assez bien comprendre : l'élocution n'en est pas moins fort gênée par cette ankyloglosse. La mastication n'est pas entravée ni la déglutition. Le sujet est grand et robuste. Son cou est cependant parsemé de ces cicatrices irrégulières que nous sommes accoutumés à considérer comme caractéristiques des adénopathies bacillaires suppurées et mal soignées.

Sur mon conseil, C... entre le 22 janvier à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz, salle Demarquay, n° 1. Je pense que le traitement doit être fait en deux temps, un pour la lan-

gue dont il convient d'extirper les parties angiomateuses, de détruire les adhérences avec le plancher buccal et de restaurer la forme; l'autre pour attaquer les angiomes externes.

Le 12 février je procède au temps lingual. La tête étant en position déclive et l'écarteur des mâchoires mis en place, je sectionnai la langue en arrière des lésions angiomateuses; cette section fut faite un peu obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. J'extirpai ensuite la portion laissée en avant de cette section, emportant ainsi toute la bande cicatricielle transversale. Tout cela n'alla point sans une abondante hémorragie, qui naturellement nous gêna un peu et contraignit à éponger fréquemment le pharynx.

La langue fut libérée, détachée du plancher avec les ciseaux, attirée en avant, mobilisée. Alors il me suffit de suturer l'un à l'autre les deux bords de la plaie linguale, pour effacer complètement la dépression médiane, que la simple libération de l'organe avait déjà fait presque disparaître, et pour rendre à la langue une configuration voisine de l'état normal.

La langue reconstituée avait une tendance constante à se porter en arrière; mais il suffit pour la maintenir d'exercer sur elle une douce traction à l'aide des fils de suture, réunis par les mors d'une pince fixée extérieurement par un tour de bande.

Les suites furent très heureuses, la réunion primitive fut obtenue du côté de la langue; la plaie du plancher se répara promptement; le résultat fut extrêmement satisfaisant au point de vue de la forme et il y eut une immédiate et notable amélioration fonctionnelle.

Le 1er mars, la guérison était obtenue, et le malade m'ayant suivi à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Guinard, que je rem-

plaçais, je procédai au deuxième temps, ablation des angiomes externes.

La disposition des deux tumeurs m'obligea à pratiquer de chaque côté du menton deux incisions, formant à droite et à gauche un V comprenant un des angiomes. Les deux branches tournées vers la ligne médiane du V droit et du V gauche arrivaient au contact au-dessus du menton. Les deux branches externes remontaient plus haut et empiétaient notablement sur la lèvre inférieure. Leurs extrémités libres furent réunies par une incision transversale passant sur la lèvre inférieure au tiers de sa hauteur. Le territoire ainsi délimité fut sacrifié. La dissection profonde des paquets veineux sous-muqueux fut délicate, mais s'effectua en somme assez facilement. Le vestibule buccal ne fut pas ouvert, la muqueuse ayant pu être complètement respectée.

Il n'était pas possible de combler immédiatement cette place en totalité sans avoir recours à une autoplastie assez compliquée. Je résolus de la réduire simplement par rapprochement des bords, dans la mesure où l'accolement des surfaces cruentées était possible sans traction, ni tiraillement disgracieux de la lèvre. La suture des angles surtout à la partie inférieure et sur le V du côté gauche diminua beaucoup la place. Le reste fut simplement bourré avec de la gaze. Les suites furent excellentes, la muqueuse buccale ne se mortifia en aucun point, il n'y eut pas d'hémorragie secondaire; la plaie bourgeonna, se nivela, se cicatrisa. La réparation s'effectua avec une régularité et une rapidité extrêmes, et je n'eus besoin d'aucune intervention complémentaire. Le 26 mars je constatai que la plaie était réduite à une toute petite anfractuosité siégeant à droite de la ligne médiane sur les limites de la lèvre et de l'éminence du menton. La lèvre

s'était un peu abaissée, les téguments des joues s'étaient laissés attirer, les parties voisines s'étaient en définitive accommodées en même temps que le travail de réparation s'effectuait, si bien que le résultat esthétique n'était nullement choquant. Quelques jours plus tard, la cicatrisation était terminée et le malade quittait l'Hôtel-Dieu guéri.

L'examen de la pièce provenant de cette dernière opération montre qu'il s'agit d'angiomes ordinaires avec çà et là des foyers d'hémorragies interstitielles.

Celle provenant de la langue est beaucoup plus intéressante et M. Cornil qui a bien voulu l'examiner la considère comme très curieuse. Les capillaires sont énormes, pénètrent dans l'épaisseur des papilles.

En certains points, la tumeur en raison de cet aspect spécial mérite le nom d'angiome papillaire.

Observation XII

Angiome pulsatile de la région fronto-pariétale (*Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1881. Richelot).

P..., 27 ans, entre à la Pitié, le 9 décembre 1874, pour se faire débarrasser d'une tumeur qu'il porte au front depuis l'âge de 12 ans. Le front est sillonné de veines énormes et une tumeur grosse comme un œuf occupe sa partie supérieure et empiète sur le cuir chevelu. Sur les téguments amincis on voit une ulcération large de 1 centimètre qui verse un peu de sang et de pus. Battements expansifs très énergiques. Se continue en arrière sans démarcation précise avec le cuir chevelu qui paraît légèrement soulevé. Veines périphériques nombreuses et très dilatées. Dissection pénible.

Hémorragie assez abondante. Néanmoins aucun accident. Cicatrisation complète et solide.

Observation XIII

Angiome du front du volume d'une pièce de 50 centimes. (Thèse Pasternak.)

Yvonne M..., âgée de 20 mois.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à noter.

Début le jour même de la naissance ; les parents se sont aperçus que l'enfant portait sur le frontal gauche un petit point rouge. L'enfant est partie en nourrice le lendemain. Au retour de la nourrice, les parents ont remarqué que le point rouge s'est transformé en une petite tumeur.

Etat actuel. — L'enfant porte une petite tumeur à la bosse frontale gauche. Cette tumeur est grosse comme une petite noisette et de coloration violacée. Elle augmente par les cris de l'enfant et dépasse la peau de 1 centimètre.

Extirpation le 6 novembre. Pansement au collodion.

L'enfant a perdu à peine quelques gouttes de sang. Le 14 novembre ablation des fils ; réunion immédiate.

Observation XIV

Angiome veineux de la paupière supérieure droite et angiome de la lèvre supérieure. (Thèse Pasternak.)

Georgette R..., 6 mois.

L'enfant avait les deux tumeurs dès sa naissance.

La tumeur au niveau du rebord orbitaire droit a commencé à grossir depuis deux mois.

Etat actuel. — Il existe actuellement un angiome gros comme un pois sur la ligne médiane de la lèvre supérieure à la jonction de la peau et de la muqueuse, gagnant sur les deux ; l'autre angiome occupe le tiers externe de la paupière supérieure droite, de consistance molle, adhérente à la peau, de coloration violacée surtout quand l'enfant crie et formant dans la profondeur une petite tumeur arrondie.

Extirpation de l'angiome de la lèvre supérieure sans conserver la peau envahie. Extirpation de l'angiome siégeant à la paupière en incisant celle-là parallèlement au rebord ciliaire et en disséquant les deux lambeaux cutanés.

Après l'extirpation de la tumeur, ces deux lambeaux sont recousus. L'extirpation a eu lieu le 24 septembre.

Guérison complète le 12 octobre.

Observation XV

Angiome intersourcilien (Thèse Pasternak).

Marthe D..., 16 mois.

Début. — A l'âge de 1 mois apparut une petite tumeur à la région intersourcilienne, qui avait, dit la mère, l'apparence d'une veine dilatée. La petite tumeur s'est mise à augmenter à l'âge de 7 mois. On lui fait des séances d'électrolyse dans le service, pendant quatre mois ; une séance par semaine.

On interrompt le traitement le 3 décembre 1892, parce que l'enfant est atteinte de coqueluche.

Le traitement d'électrolyse n'ayant donné aucun résultat, l'enfant est rapportée le 3 mars suivant et l'extirpation faite séance tenante.

Réunion parfaite et guérison le 19 mars.

Observation XVI

Angiome de la région malaire gauche (Thèse Pasternak).

Marie B..., 8 mois.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père porte une tumeur érectile au-dessus du sourcil droit. La grand-mère est morte d'un cancer du sein.

Antécédents personnels. — Ce n'est qu'à l'âge de deux mois que les parents se sont aperçus que l'enfant porte une tumeur faisant une légère saillie à la peau. Cette tumeur a constamment augmenté depuis.

État actuel. — On trouve au niveau de la région malaire gauche une tumeur bleuâtre, d'une consistance assez molle.

La grosseur est celle d'une noisette, ce qui fait à la peau une saillie assez considérable.

Elle est enlevée largement, l'hémostase est assurée par des sutures profondes.

L'extirpation a eu lieu le 23 octobre 1893. Réunion parfaite le 8 novembre.

CONCLUSIONS

1° L'extirpation au bistouri est le traitement de choix des angiomes de la face, applicable à la majorité des cas ;

2° C'est le seul traitement qui mette à l'abri de toute récidive ;

3° Celui qui laisse la cicatrice la moins apparente;

4° L'extirpation est contre-indiquée par l'étendue des tumeurs érectiles, surtout chez les enfants.

5° L'électrolyse trouve son application dans les vastes taches érectiles de la face. Seule ou associée aux injections sclérogènes de chlorure de zinc, elle sera employée avec profit contre les angiomes diffus de la région parotidienne, et contre les vastes tumeurs érectiles des paupières et des joues, quand l'autoplastie ne pourra remédier à la perte de substance ou corriger une cicatrice vicieuse.

Vu : le Président de thèse
SEGOND

Vu le Doyen.
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Th. Anger. — *Bulletin Acad. de méd.*, 27 février 1900.

Belot. — Radiothérapie. Paris, 1902.

Berger. — Die exstirpation des angioma arteriale racemosum am kopfe. *Beitræge zu Klin. Chirurgie.* Tübingen, 1898, p. 129-148.

Broca. — Traité des tumeurs. Paris, 1866.

Cossa. — *Thèse de Montpellier*, 1899.

Didier. — *Thèse de Paris*, 1874.

Duplay et Reclus. — Manuel de pathologie externe, 1897.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale. Paris, 1898.

Garrot. — *Thèse de Bordeaux*, 1904.

Guilbard. — *Thèse de Paris*, 1899.

Hartmann. — Contribution à l'étude des angiomes de la région parotidienne. *Revue de chirurgie*, 1899.

Heins. — *Thèse de Paris*, 1892.

Lamy. — *Thèse de Paris*, 1899.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, t. I, 1896.

Mauclaire et de Bovis. — Les angiomes. Paris, 1896.

Monod et Vanverts. — Traité de technique opératoire, t. I. Paris, 1902.

Morestin. — *Société anatomique*, juin 1898.

— *Société de chirurgie*, 18 novembre 1903.

MORESTIN — *Société anatomique*, 5 février 1904.
— *Soc. de dermatologie*, 6 décembre 1906.
— *Soc. anatomique*, 26 avril 1907.
— *Soc. de dermatologie*, 9 janvier 1908.
Mlle PASTERNAK. — *Thèse de Paris*, 1893.
REDARD. — Congrès international de médecine de Washington 1887, IVe session.
— Congrès français de Chirurgie, 1888, p. 292.
— *Presse médicale*, 4 mars 1908.
RICHELOT. — *Bulletins et mémoires. Soc. de chirurgie de Paris*, 1881-1883.
VIVENT. — *Thèse de Paris*, 1894.
VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs. Paris, 1876.
WICKAM ET DEGRAIS. — *Soc. de dermatologie*, 6 décembre 1906.

Impr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince Paris.